2

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

à M. le Professeur Bar
Respectueux hommage
V. Bué

TITRES

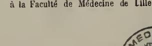
ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR V. BUÉ

Chargé du cours d'accouchements et d'hygiène de la première enfance
à la Faculté de Médecine de Lille.





TITRES UNIVERSITAIRES

Docteur en médecine de l'Université de Lille. Juillet 1892.

Chef de Clinique obstétricale à l'Université de Lille 1892-1901.

Agrégé des Facultés de médecine (Section des accouchements), Juin 1905.

Chargé du Cours de Clinique obstétricale 1905-1910. (Suppléance du Professeur GAULARD).

Chargé du Cours pratique d'accouchements aux élèves sages-femmes 1905-1910

Chargé du Cours d'accouchements et d'hygiène de la première enfance (1er Juin 1910).

Chargé du Cours théorique d'accouchements aux élèves sages-femmes (1er Juin 1910).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Officier de l'Instruction publique, 1909

Récompense à l'Académie de médecine
(Prix Capuron 1902).

Lauréat de l'Académie de médecine
(Prix Tarnier 1902).

Médaille d'honneur de l'Assistance publique, 1908.

Président de l'Œuvre lilloise des Consultations de Nourrissons.

Chargé du Service médical à la Crèche municipale de Lille.

Chargé de la Consultation obstétricale au Bureau
de Bienfaisance de Lille.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la Société obstétricale de France.

Membre correspondant de la Société d'obstétrique de Paris

Membre correspondant de la Société d'obstétrique,
de Gynécologie et de Paediatrie de Paris.

Membre de la Société Centrale de médecine du Nord

Secrétaire-Général de la Réunion obstétricale de Lille.

OBSTÉTRIQUE GÉNÉRALE

1. — **Accouchements et maladies des femmes en couches**, par L. Gaulard. professeur de Clinique obstétricale, et V. Bué, chef de Clinique obstétricale — Un volume in-8°, 600 pages, Vigot frères, Paris, 1901.

C'est un manuel de thérapeutique obstétricale, à l'usage des Praticiens et des Étudiants en médecine.

2. — **Influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin.** — Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique. — Bonnaire et Bué, Amsterdam, 1899.

Ce rapport, rédigé en collaboration avec M le Professeur-agrégé Bonnaire, est consacré à l'étude des modifications dans les dimensions des divers étages du bassin suivant l'attitude donnée à la femme enceinte ou en travail. Il comprend plusieurs parties :

1° Une revue historique concernant la mobilité des articulations pelviennes pendant la grossesse, des recherches directes sur cette mobilité effectuées à l'asile Michelet, par M. Bonnaire, sur 500 femmes.

Les résultats ont été :

10 n'ont présenté aucune mobilité appréciable.

408 ont offert une mobilité pelvienne de 1 millim. environ en sens vertical.

52 ont offert une mobilité de 1 à 3 millim.

Cette mobilité physiologique tient à un ramolissement des tissus péri-osseux qui concourent à former l'articulation ; le ramollissement est lui-même sous la dépendance directe d'une infiltration de sérosité qui se caractérise par une épaisseur plus grande de ces tissus, facilement constatable au niveau de la

symphyse pubienne par exemple. Cette infiltration est une conséquence de la grossesse qui imprime à tout l'appareil génital et aux organes voisins une surexcitation nutritive ; elle tend à s'exagérer sous l'influences de certaines conditions parmi lesquelles on a coutume de citer la multiparité, la marche, le travail dans la station debout, le port de fardeaux. Toutes les causes augmentant le volume de l'utérus, grossesse multiple, hydramnios, enfant volumineux, tumeur compliquant la grossesse, seraient également des facteurs de ramollissement plus accentué par suite de la gêne de la circulation en retour et de la stase veineuse dans les parties inférieures du tronc.

2° L'application de cette mobilité aux mouvements des os du bassin. C'est ce qui explique la possibilité du mouvement de nutation de Zaglas, de Duncan.

Et déjà Zaglas, en 1851, montre que dans la station verticale, le détroit supérieur est aussi grand que possible ; l'inclinaison du corps en avant, avec flexion des membres inférieurs sur le tronc, dans l'attitude couchée, aurait pour effet d'agrandir le détroit inférieur dans le sens antéro-postérieur.

Ces changements seraient l'effet d'un mouvement d'oscillation du sacrum autour d'un axe imaginaire passant par la deuxième vertèbre sacrée Et l'on remarque que, dans l'acte de la parturition, la nature conduit la femme à prendre instinctivement l'attitude la plus favorable à la progression fœtale.

3° L'historique de la question même.

En 1881, Crouzat rapporte dans sa thèse l'expérience cadavérique qu'il institue pour contrôler le mouvement du promontoire signalé par Zaglas et Duncan. Au cours de ses recherches, il « plaça le corps horizontalement et le tira hors de la table jusqu'à ce que le bord de celle-ci fût placé suivant une ligne passant par le milieu des symphyses sacro-iliaques ; puis, tandis qu'on maintenait par les aisselles le thorax immobilisé sur la table, il laissa tomber les membres inférieurs perpendiculairement au sol. Le diamètre promonto-sus-pubien était augmenté de 2,5 millim. »

Donc, dès 1881, Crouzat a mesuré un bassin puerpéral dans la position d'extension forcée du tronc ; il fut le premier à étudier scientifiquement les effets de l'attitude d'hyperextension.

La même année, Korsch étudiait la possibilité de l'agrandissement du bassin et admettait un maximum de 9 millim. pour le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, de 24 millim. pour le diamètre transverse du détroit inférieur.

Balandin (1883) ne trouve, au détroit supérieur, qu'un agrandissement possible de 1,5 millim. nul en pratique ; au détroit inférieur, l'augmentation est plus notable.

Phœnomenow établit que cette particularité est surtout marquée dans les bassins cyphotiques, résultats confirmés en 1892 par Tarnier et Potocki.

Mais, tous ces auteurs n'étudient que l'influence des tractions mécaniques et seul Crouzat a utilisé l'attitude d'hyperextension, le tronc prenant point d'appui par la région sacrée sur un plan résistant.

Cette attitude semble avoir été usitée empiriquement pour faciliter l'accouchement, dès le XVI[e] siècle.

Sebastiano Melli, d'après Pazzi, imagina et recommanda la position avec les jambes pendantes

Dans l'ouvrage de Ploss, il y a deux figures, tirées de Mercurius Scipio (1595), qui représentent la position en hyperextension. Dans l'une, la femme est placée de telle sorte que, agenouillée sur le plancher, elle se renverse assez loin en arrière pour que les épaules et la tête reposent sur un coussin placé au-dessous, tandis que les coudes prennent appui sur le plancher et contribuent à soutenir le corps. Dans l'autre, le siège de la femme repose sur le bord du lit, les jambes étant pendantes.

Cette attitude correspond exactement à celle connue en Allemagne sous le nom de « Walcher Hangelage ».

C'est, en effet, en 1889 que Walcher expose que le conjugé d'un bassin rétréci est modifiable par l'attitude donnée à la parturiente.

Dans l'attitude couchée, la partie supérieure du corps légèrement relevée, les genoux fléchis et solidement appuyés sur le ventre, le promontoire est très accessible. Lorsqu'on place la même femme, le siège au bord du lit, un coussin sous le sacrum, les membres inférieurs pendant dans le vide aussi loin que possible en bas et en arrière (c'est la position étudiée par Crouzat),

on sent, à mesure que s'abaissent les membres inférieurs, le promontoire reculer.

Six mensurations ont donné entre les deux attitudes une différence de 8 à 13 millim. pour le conjugué.

En 1893, Walcher pense que la position jambes pendantes est en état de suppléer à la symphyséotomie.

Léopold, Wehler, Küster, Kalt, Currier, Jardine, Huppert, Pazzi, Mangiagalli, La Torre, Calderini adoptent les conclusions de Walcher et rapportent des cas cliniques tendant à démontrer toute sa valeur.

En 1891, Klein publie un mémoire sur la question. Le détail de ses expériences est consigné dans les thèses de Zaleski et Attal Merk.

Les mensurations ont été effectuées dans quatre attitudes :

1 Dans la position de l'hyperextension ;

2° Dans l'attitude de repos (décubitus dorsal) ;

3° Dans l'attitude obstétricale ;

4° Dans l'hyperflexion.

Entre ces deux attitudes extrêmes, la différence de longueur du conjugué vrai peut varier de 5,2 millim. à 6,8 millim Mais, au point de vue pratique, cette différence n'a pas de valeur, car elle ne représente pas celle qui existe réellement entre les dimensions prises dans l'attitude obstétricale ordinaire et dans l'hyperextension.

Un conjugué vrai de 70 millim. peut par l'hyperflexion être raccourci jusqu'à 63 millim. et agrandi par l'hyperextension jusqu'à 73 millim. Il y a bien un écart de 10 millim., ce qui n'empêche pas l'agrandissement réel de ne pas dépasser 3 millim.

Si bien que Klein conclut que l'on ne doit pas compter faciliter par la « Hangelage » l'accouchement d'une femme à bassin vicié et que la valeur thérapeutique du conseil de Walcher est sans importance.

En 1894, Varnier, à la suite de recherches faites dans la position de Walcher appuyée (deux aides vigoureux ajoutant leur poids à celui des membres inférieurs), se rallie aux conclusions de Klein. Il n'a jamais constaté un agrandissement dépassant 3 millim.

Des conclusions analogues sont soutenues au Congrès de Moscou par Pinard et Varnier.

L'emploi de l'attitude en hyperflexion n'est pas non plus une nouveauté obstétricale. On peut en effet la comparer au point de vue des rapports de situation des membres par rapport au tronc avec la position accroupie, la position de la défécation, la position genu-pectorale.

Or, l'accouchement dans la position à genoux ou dans la position accroupie remonte à la plus haute antiquité, dit Schrœder ; cette attitude est usitée chez la plupart des peuples asiatiques, aussi bien que chez les Abyssins et les Indiens d'Amérique. L'histoire, ou la légende, rapporte aussi qu'en Grèce, dans les temps les plus reculés, on accouchait sur les genoux et les coudes ou dans la position accroupie.

A. Paré décrit l'attitude qui convient à la femme en travail : les jambes, portées en flexion extrême, sont ligottées, les talons au contact des fesses, et les membres pelviens ainsi fléchis sont maintenus et ramenés au-devant de l'abdomen par une bande passant en sautoir derrière la nuque « ainsi qu'on lie ceux auquels on extrait la pierre de la vessie ».

Zaglas et Duncan ont bien remarqué qu'au moment de l'expulsion les femmes prennent instinctivement une attitude analogue à celle de la taille.

Laborie a montré combien le diamètre transverse du détroit inférieur est susceptible de gagner en étendue au moment de l'accouchement.

En 1897, O. Schmidt (de Moscou) rapporte que depuis 8 ans il emploie avantageusement la position de la taille pendant l'accouchement, quand la tête fœtale se trouve dans l'excavation ou au détroit inférieur.

4° L'exposé des recherches effectuées à la Maternité de Lariboisière et à la Clinique obstétricale de Lille.

La moyenne de nos mensurations nous a donné, par la position dite de Walcher, un gain de 3,5 millim. pour l'engagement au détroit supérieur. Ce gain est bien minime. Si l'on veut bien considérer que la position en hyperextension est très fatigante pour la femme, qu'elle apporte une gène considérable aux manœuvres

obstétricales. on conviendra qu'en pratique les avantages qui découlent d'un léger agrandissement du détroit supérieur se trouvent compensés. et au-delà, par les difficultés opératoires.

Par la position de la taille, les genoux vis-à-vis des épaules, on obtient, en moyenne, une augmentation de 16 à 18 millim. dans le diamètre bis-ischiatique.

La position de la taille la plus favorable n'est autre, en somme, que la position physiologique de la défécation appliquée à l'attitude couchée.

En cas de cyphose pure, consécutive au mal de Pott, le résultat sera des plus appréciables. Il existe en pareil cas une mobilité excessive du sacrum qui tient à ce que l'engrènement des surfaces articulaire est adultéré du fait de l'attraction de cet os en haut et en arrière Les surfaces articulaires sont ainsi défigurées et s'emboîtent mal ; il y a un jeu anormal.

Comment agit la position de la taille ? Elle imprime au sacrum un mouvement de nutation maximum ; la base se porte en avant, la pointe en arrière, d'où agrandissement du diamètre sous-sacro-sous-pubien. Les os iliaques subissent en même temps un mouvement de bascule autour d'un axe dirigé d'avant en arrière et s'étendant du milieu de l'interligne pubien à l'extrémité correspondante de l'axe de nutation du sacrum, de telle sorte que les crêtes illiaques se rapprochent l'une de l'autre pendant que les ischions s'écartent au maximum.

5° Conclusions. — I. Les dimensions du bassin, spécialement au niveau des deux détroits, supérieur et inférieur, peuvent se modifier suivant l'attitude imprimée au tronc et aux membres pelviens de la femme.

II. Ce changement de rapports entre ces divers diamètres du bassin est dû au relachement des symphyses pelviennes, qui se produit sous l'influence de la grossesse.

III. Le jeu des articulations sacro-iliaques permet un mouvement de bascule du sacrum autour d'un axe transversal, passant à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de cet os. (Mouvement de nutation de Duncan).

IV. La forme des surfaces articulaires sacro-iliaques et l'emboîtement cunéiforme en sens vertical du sacrum entre les deux

os coxaux commandent les mouvements de bascule de ces deux os, qui s'effectuent en même temps que la nutation du sacrum.

V. Quand la base du sacrum se propulse en avant, vers le pubis, la partie supérieure des os iliaques bascule de dehors en dedans. Par ce mouvement complexe, le détroit supérieur se rétrécit principalement d'avant en arrière et accessoirement en sens transversal.

VI. Quand le détroit supérieur s'élargit, le détroit inférieur diminue dans tous ses diamètres, en raison de l'antépulsion du coccyx et du rapprochement concentrique des deux ischions. Par contre, les diamètres de ce dernier détroit, spécialement le bis-ischiatique, augmentent par l'antépulsion de la base du sacrum et le rejet des ailes iliaques en dedans.

VII. L'attitude d'hyperextension du corps entier, le tronc prenant appui sur la région sacrée sur un plan résistant, a pour effet d'agrandir le détroit supérieur en sens sagittal, à la fois par le rejet de la base du sacrum en arrière et par l'abaissement des pubis.

VIII. Nos expériences ont montré que l'agrandissement du détroit supérieur en sens sagittal est moindre que ne l'a indiqué Walcher. Il est en moyenne de 3 à 4 millimètres.

IX. L'attitude du pelotonnement des membres pelviens sur le tronc, en position de la taille périnéale, rétrécit le détroit supérieur.

Par contre, elle élargit considérablement le détroit inférieur, dans le sens transversal. L'accroissement moyen du diamètre bis-ischiatique a été de 16 à 18 millimètres dans nos expériences, en passant de l'attitude hyperétendue à celle de la taille.

X. Le degré d'agrandissement du diamètre promonto-pubien-minimum ne peut être évalué par le toucher mensurateur, l'abaissement des pubis, dans la position hyperétendue, modifiant les rapports de longueurs qui existent entre ce diamètre et le diamètre promonto-sous-pubien, seul directement mesurable.

XI. L'emploi de la position hyperétendue est indiqué soit pour permettre la descente spontanée, soit pour effectuer l'engagement de la tête à l'aide des forceps, soit pour extraire la tête dernière retenue au détroit supérieur rétrécit. Toutefois, la gène apportée aux manœuvres obstétricales dans cette attitude de la femme

annihile, en pratique, une partie des avantages qui découlent d'un léger agrandissement du détroit supérieur.

XII. L'emploi de la position de la taille périnéale est beaucoup plus profitable ; mais il est moins souvent indiqué que celui de l'attitude d'hyperextension. On doit le réserver pour les cas où il existe un rétrécissement du détroit inférieur (bassin cyphotique), pour ceux où la tête enclavée en présentation du front dans le petit bassin doit être extraite par le forceps, pour ceux encore où la tête étant extraite, les épaules sont arrêtées sur le plancher du bassin, en raison de l'excès du volume du tronc

A l'inverse de l'attitude en hyperextension, l'attitude de la taille favorise les interventions obstétricales, en présentant au mieux le champ opératoire à l'accoucheur.

XIII. L'agrandissement maximum est réalisé avec la position de la taille périnéale, quand les genoux sont exactement vis-à-vis les épaules, et non portés ni en abduction, ni en adduction.

3. — **Examen clinique du détroit supérieur.** — La Presse Médicale, 1905.

GROSSESSE NORMALE & PATHOLOGIQUE

4. — **Du souffle utérin.** — Thèse inaugurale. Lille, 1892.

Après rappel des quelques notions générales concernant les caractères du souffle utérin, ses diverses appellations. l'époque de son apparition, son timbre, son intensité, son siège, nous abordons l'étude de la question du mécanisme du souffle utérin.

Pour éviter des répétitions dans l'historique, nous le faisons rentrer dans les diverses considérations qu'entraîne la pathogénie de ce phénomène stéthoscopique.

Quatre théories sont en présence :

1° Théorie placentaire ;

2° Théorie épigastrique ;

3° Théorie illiaque ;

4° Théorie utérine.

Nous discutons la valeur de ces diverses théories pour accepter la théorie utérine.

Nous nous sommes efforcé d'être plus précis et de montrer que le souffle maternel de la grossesse se produit bien dans les parois utérines, mais dans la région de l'utérus qui correspond à l'insertion placentaire, au moins dans la grande majorité des cas.



Dans la grossesse extra-utérine ayant dépassé le sixième mois, on perçoit aussi de temps en temps un bruit de souffle.

Où se produit-il ? Les observations de Kœberlé, Enos Bigelow, Pinard, Gaulard et Paquet, montrent que, à l'autopsie ou pendant la laparotomie, on a trouvé le placenta inséré où on avait perçu le souffle. D'où le nom que nous lui avons donné : souffle gravidique extra-utérin. Par contre, on ne peut le percevoir quand le placenta est inséré en un point inaccessible au stéthoscope (obs. de M. Gaulard, dans notre thèse).

Etant donné ce rapport existant pour la grossesse extra-utérine, il était légitime de se demander s'il n'en est pas de même pour la grossesse utérine.

C'est dans ce but que nous avons entrepris des recherches, avec le concours de notre ami Carette, interne du service.

Aussi souvent que nous avons pu le faire, pour éviter toute chance d'erreur qu'eût pu faire naître une idée préconçue, nous nous sommes partagé la besogne. L'un de nous auscultait et, sans en faire part à l'autre, prenait note du point où il avait perçu le foyer maximum du bruit du souffle ; l'autre recherchait après l'accouchement, en introduisant la main dans l'utérus immédiatement après la sortie de l'enfant, le lieu d'insertion du délivre et en prenait note également. Les résultats étaient ensuite contrôlés et c'est ainsi que nous avons pu vérifier l'exactitude de notre hypothèse dans la majeure partie des observations que nous apportons dans notre thèse.

Ce que l'examen direct nous a permis de constater, on peut le prévoir et en soupçonner fortement l'exactitude par le raisonnement. Le souffle utérin se produit dans les vaisseaux de la paroi utérine, tout le monde l'admet maintenant ; n'est-ce pas au niveau de l'insertion du placenta que ces vaisseaux et ces sinus sont les plus volumineux et les plus nombreux.

La persistance du souffle après la délivrance n'infirme en rien notre théorie ; les vaisseaux utérins ne se rétractent pas plus au niveau de l'aire placentaire que dans les autres régions de l'utérus ; on peut même penser que cette rétraction est moindre à cause de l'épaisseur plus restreinte de la paroi musculaire au point placentaire. Rien n'empêche donc le souffle de se produire encore pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent la délivrance.

La pathogénie du souffle utérin ainsi comprise, sa valeur séméiologique prend une importance un peu plus grande pour le diagnostic de la grossesse. Nous ajouterons que ce souffle nous a permis plusieurs fois de soupçonner une insertion vicieuse du placenta, vérifiée plus tard par d'autres signes.

Cette notion pathogénique peut encore fournir des indications au point de vue opératoire : qu'il s'agisse d'opération césarienne ou qu'il s'agisse de choisir, certaines autres conditions mises à

part, entre la laparotomie et l'élytrotomie dans les cas de grossesse extra-utérine. De même, dans cette dernière, après le faux travail, sa disparition permet de soupçonner fortement la suppression de la circulation placentaire et sert ainsi de critérium pour l'époque de l'intervention.

5. — **Pathogénie de l'éclampsie puerpérale fondée sur sa nature microbienne.** — Bulletin médical du Nord, 1892.

En collaboration avec M. le professeur Combemale, nous avons fait quelques recherches sur le sang des femmes éclamptiques au point de vue bactériologique.

Dans cinq cas, nous rencontrâmes le staphylocoque. Y a-t-il une relation de cause à effet entre la présence de ces staphylocoques et les accès éclamptiques?

La théorie microbienne de l'éclampsie a déjà été proposée par divers auteurs. Mais ce qui frappe, c'est la variabilité des espèces microbiennes rencontrées.

L'accès éclamptique se trouve être en dernière analyse séméiotique une attaque épileptiforme Personne n'ignore combien de corps chimiques, inorganiques ou organiques, lorsqu'ils circulent dans le sang, sont susceptibles de produire ces attaques épileptiformes.

La pathogénie de l'accès éclamptique serait trouvée si l'on parvient à démontrer que les produits solubles du staphylocoque sont capables de produire expérimentalement les phénomènes éclamptiques.

Bien que présentant encore quelque chose de conjectural, la conception de la pathogénie de l'éclampsie que nous proposons a pour elle tout ce que l'on sait actuellement des effets des produits microbiens solubles sur le système nerveux.

6. — **Note sur un cas de mamelle supplémentaire.** — Médecine moderne, 8 mars 1893.

7. — **Pathogénie et traitement des accès éclamptiques.** Archives de Tocologie, 1896, pages 640 à 668.

Dans ce mémoire, nous avons mis au point la question de la pathogénie et du traitement de l'éclampsie.

Après avoir rappelé la théorie nerveuse, dont Mauriceau a tracé les diverses interprétations, congestion cérébrale, anémie cérébrale, excitation nerveuse à point de départ utérin, nous abordons la théorie rénale, si longtemps en honneur, basée sur les relations si fréquentes de l'albuminurie et des accès éclamptiques.

Puis vient la théorie de l'auto-intoxication à laquelle nous donnons un développement plus considérable en raison de son importance. Cette auto-intoxication serait favorisée par l'état de grossesse : elle aurait son origine dans le foie, qui ne serait plus capable de neutraliser les toxines contenues dans le sang. A cette insuffisance hépatique s'ajoute le plus souvent, et secondairement, l'insuffisance rénale : de là la toxémie.

Jürgens et Klebs ont accusé les cellules désagrégées du foie de former des embolies qui seraient entraînées dans les divers organes et en particulier dans le système nerveux central : c'est la théorie embolique.

La théorie microbienne a été soutenue par plusieurs auteurs ; l'hétéro-infection remplacerait l'auto-intoxication.

La théorie menstruelle a surtout été défendue par Schmoukler. Pendant la menstruation, l'économie se débarrasse de produits toxiques ; pendant l'état puerpéral, il n'y a plus de fonctions menstruelles, si bien qu'il se ferait dans l'économie une accumulation de produits toxiques. Cette hypothèse de Schmoukler rattache sa théorie à celle de l'auto-intoxication.

De toutes ces théories, la plus vraisemblable, la plus généralement admise est celle de la toxémie. Mais pourquoi telle femme intoxiquée a des accès éclamptiques, alors que telle autre, dans ces mêmes conditions, y échappe ?

Les malades réagissent de façon différente sous l'influence de causes identiques : ce principe est applicable à l'auto-intoxication.

M. Tarnier fait une large part à la susceptibilité individuelle.

En 1893, M. Guéniot disait : l'éclampsie se compose essentiellement de deux éléments fondamentaux diversement associés entre eux : c'est d'abord la toxémie où intoxication du sang, puis une hyperexcitabilité des réflexes médullaires.

M. Lancereaux admet également l'hyperexcitabilité de la moelle.

M. Ferrand reconnaît qu'il existe entre les appareils rénal et

nerveux un retentissement mutuel. On voit beaucoup d'albuminuriques et relativement peu d'accidents nerveux urémiques. Cela dépend : 1° de l'état d'impressionnabilité du système nerveux de l'individu : 2° de la forme pathogénique de l'intoxication.

Chez la femme enceinte, il existe parfois une excitabilité anormale du système nerveux, qui serait pour beaucoup dans la pathogénie des phénomènes éclamptiques.

Il y a des gravidiques albuminuriques qui n'ont pas d'accidents : leurs cellules nerveuses sont restées réfractaires à l'action irritante du poison urémique.

La part du système nerveux est encore bien démontrée par l'influence heureuse du traitement par le chloral et le chloroforme.

C'est ainsi qu'au point de vue pathogénique nous avons adopté la définition suivante : les accès éclamptiques sont une des manifestations les plus graves de l'auto-intoxication gravidique, aidée de l'excitabilité du système nerveux.

La thérapeutique de l'éclampsie a varié suivant les théories pathogéniques.

Le traitement, qui repose sur la pathogénie actuelle de l'auto-intoxication, comprend deux parties principales :

1° Traitement de l'auto-intoxication gravidique proprement dite, ou préventif de l'éclampsie ;

2° Traitement des accès éclamptiques.

Quels sont les moyens ? le régime lacté, les purgatifs, l'antisepsie intestinale, les bains, les inhalations d'oxygène.

Y a-t-il des accidents nerveux, s'adresser au chloral ; combattre les différents symptômes locaux dus à une toxémie accentuée s'impose parfois.

Faut-il provoquer l'avortement ? la question en sera rarement posée, l'auto-intoxication ne survenant généralement que dans les derniers mois de la gestation. Elle sera résolue par l'affirmative si des symptômes graves menaçant la vie de la femme se manifestent malgré le traitement médical. L'avortement provoqué ne sacrifie pas le fœtus, dont l'existence est menacée (hémorragies placentaires, intoxications, etc.).

Plus souvent, la question de l'accouchement prématuré provoqué se pose.

MM. Tarnier et Pinard en ont donné les indications, que nous avons reproduites.

Soit que le traitement préventif ait été nul ou insuffisant, l'accès éclamptique se déclare.

Il y a un traitement médical et un traitement obstétrical.

Le traitement médical est analogue au traitement préventif ; il comprend les mêmes indications :

1 Empêcher la production des toxines : régime lacté ;

2° Favoriser leur élimination : Saignée, chez une femme phlétorique, cyanosée ; sérum artificiel ; purgatifs drastiques ; bains chauds ;

3° Diminuer l'hyperexcitabilité du système nerveux : Chloroforme, chloral.

La morphine est employée en Allemagne, le veratrum viride en Amérique.

Soins généraux : éviter le refroidissement, les morsures de la langue, l'asphyxie par régurgitation des aliments dans le larynx.

Choix d'antiseptiques non toxiques.

Nous discutons enfin le traitement obstétrical. Tout le monde est à peu près d'accord pour terminer l'accouchement, sous chloroforme, lorsque la dilatation est complète.

Mais lorsque la femme est en état de crise éclamptique et que le travail ne se déclare pas, faut-il intervenir ? C'est ici que les opinions diffèrent.

A l'étranger, il est quelques partisans de l'intervention : provocation du travail, accouchement forcé, incisions du col, opération césarienne.

En France, M. Pamard donne du chloroforme et provoque le travail ; si celui-ci est commencé, il fait de la dilatation manuelle et instrumentale. Robert (de Pau) a pratiqué l'accouchement forcé, dans certaines conditions de gravité.

MM. Pinard et Varnier, Charpentier rejettent toute intervention avant la dilatation complète.

Les accoucheurs sont cependant d'accord pour reconnaître que l'évacuation de l'utérus amène généralement une sédation des symptômes. Elle ne fait pas disparaître instantanément l'auto-

intoxication, c'est certain, mais peut-être agit-elle favorablement sur le système nerveux.

Si l'on doit rejeter l'accouchement forcé, l'accouchement provoqué accéléré, il est permis, en cas de travail déclaré, de l'accélérer méthodiquement. Tel est l'avis de M. Tarnier (thèse Bottiau, 1895).

En résumé, pendant l'accouchement, si rien ne force la main, traitement médical et expectation jusqu'à dilatation complète ; alors intervention sous chloroforme. Si les accidents sont menaçants, il est indiqué d'accélérer le travail d'une façon méthodique, en ayant recours à l'anesthésie.

Notre travail se termine par la relation des cas d'éclampsie observés à la Clinique de M. le Professeur Gaulard, du 1er janvier 1887 au 20 novembre 1896.

Sur 5.822 accouchements, 17 cas, 1/290.

15 primipares, une secondipare qui avait eu de l'éclampsie à son premier accouchement, une VIII pare n'ayant jamais présenté d'accidents.

Les accès se sont montrés :

5 fois pendant la grossesse.

7 fois pendant le travail.

5 fois après la délivrance.

14 guérisons, 3 morts après l'accouchement 17.7 °/o. 18 enfants, 12 vivants, 6 étaient morts avant la naissance, dont 4 issus de mères qui ont succombé. L'accouchement spontané eut lieu 11 fois ; la version fut pratiquée pour une présentation du tronc ; 5 fois, on se servit du forceps, aidé dans un cas de la crâniotomie.

Le travail fut provoqué une fois ; la femme succomba. Plusieurs fois il fut accéléré par les injections vaginales chaudes.

Le ballon de Champetier fut employé une fois, avec succès pour la mère et pour l'enfant ; il en a été de même du procédé de Krause.

Traitement médical classique.

8. — **Décollement prématuré du placenta à insertion normale.** — Archives de Tocologie, 1894.

Deux faits intéressants, que nous avons pu observer à la Clinique obstétricale de Lille, à peu de jours de distance, ont été

pour nous l'occasion de traiter la question du décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Après un historique aussi complet que possible, vient l'étiologie de cet accident de la grossesse ou de l'accouchement. A côté de causes importantes, mais plus rares, il en est une qui les prime toutes : c'est l'albuminurie. Une de nos observations en est un nouvel exemple frappant.

Le diagnostic repose sur la constatation de quelques symptômes capitaux : Signes d'hémorrhagie plus ou moins abondante, que celle-ci soit exclusivement interne ou en même temps interne et externe ; exagération de volume de l'utérus, sa dureté particulière, son augmentation progressive en hauteur quand on peut suivre l'accident.

La présence d'albumine dans les urines aide au diagnostic.

Il faut distinguer cette hémorrhagie, quand elle est externe, de celle qui résulte d'une insertion vicieuse du placenta ; quand elle est interne, en présence de phénomènes généraux graves, il faut faire le diagnostic avec le thrombus, la rupture de l'utérus.

Une perte de liquide rosé, qui n'est autre que le sérum exprimé du caillot par la paroi utérine, peut faire penser à un écoulement hydrorrhéique légèrement sanguinolent.

Nous parlons enfin du diagnostic rétrospectif fondé sur l'examen des caillots et de la face utérine du placenta.

Le pronostic est d'abord très grave pour l'enfant ; il est sombre également pour la mère (Goodell, sur 106 cas, 54 cas de mort) D'où l'importance du traitement :

Prophylactique, lorsque l'albuminerie est reconnue : régime lacté absolu.

Curatif, lorsque l'accident est déclaré. Dans les cas bénins, la rupture des membranes peut suffire ; s'il y a un danger menaçant, il faut activer le travail, la marche de la dilatation et terminer l'accouchement par le forceps, la version, la basiotripsie suivant les circonstances.

L'enfant extrait, il faut pratiquer la délivrance artificielle et vider complètement l'utérus des caillots qu'il renferme. Injections intra-utérines à 48° et 50°.

Il importe de traiter l'état général et d'employer tous les moyens mis en usage pour les hémorragies graves.

Il est un point sur lequel nous avons insisté dans ce traitement: c'est l'injection de sérum artificiel. Ce procédé nous a donné d'excellents résultats. Le pouls, d'abord faible, petit, dépressible, ne tarda pas, sous l'influence de cette injection, à reprendre son ampleur où tout au moins à se rapprocher de l'état-normal. C'est ce qui nous fut permis de constater à l'aide du sphymographe, sur plusieurs tracés que nous avons pris.

9. — **De l'Accouchement prématuré dans les arthrites de la grossesse** (en collaboration avec le docteur Tracou). — Arch. de Tocologie, janvier 1892.

Deux cas d'arthrite monoarticulaire chez des femmes enceintes, avec tendance à l'ankylose, se sont trouvés améliorés par l'évacuation de l'utérus.

10. — **De la Gangrène vulvaire dans l'état puerpéral.** — Nord Médical, 1898.

Ce mémoire comprend, outre quelques généralités sur la question, l'observation d'une femme enceinte ayant présenté, à la suite d'un œdème vulvaire scarifié, une gangrène totale des deux grandes lèvres, ayant intéressé une grande partie du mont de Vénus. Nous fîmes l'ablation très large des régions sphacélées à l'aide du fer rouge. Guérison complète par bourgeonnement de la plaie.

11. — **De la Chorée gravidique.** — Presse médicale, 1896.

Trois faits de chorée survenue pendant la grossesse forment la base de ce mémoire, dans lequel nous avons essayé de montrer le rôle étiologique de la gravidité dans la genèse de la chorée. Après avoir insisté sur les dangers de la chorée grave, nous avons posé la question de l'accouchement provoqué, qui nous semblait licite dans certaines circonstances.

12. — **Pyélo-néphrite gravidique.** — *L'Obstétrique*, 15 mai 1886.

C'est au Congrès de Chirurgie, en 1892, que Reblaud rapporte

quelques observations de pyélo-néphrite gravidique ; en 1893, Vinay et Bonneau traitent cette question.

C'est en 1895 (septembre) que nous avons eu l'occasion d'observer un cas de pyélo-néphrite gravidique, dont nous donnons ici un résumé :

Primipare, ayant eu ses dernières règles dans les premiers jours de mars 1895. Vomissements fréquents pendant trois mois. En septembre, douleurs vives dans la région lombaire et la région abdominale, principalement du côté droit.

Albumine, 0,50 ctgrs par litre. Régime lacté. Les douleurs ne s'amendent guère.

Je vois la malade fin septembre : fœtus mobile en O I G ; inclinaison exagérée de l'utérus du côté droit ; sensibilité anormale de la paroi abdominale, plus accentuée en certains points.

Douleurs vives du côté du rein droit, exagérées par la pression ; empâtement de la région.

A plusieurs reprises, il y a eu une poussée fébrile (39°) qui se terminait par une sécrétion sudorale abondante ou cédait à une purgation.

Je portai le diagnostic ; affection aiguë du rein droit. Traitement : régime lacté, ventouses sur la région lombaire et chloral, pour parer à l'insomnie. Amélioration.

Vers le 10 octobre, nouvelle poussée. L'analyse d'urine dénote de l'albumine, des leucocytes, des globules rouges et des cylindres.

Empâtement plus marqué, douleurs plus vives de la légion lombaire ; matité étendue.

Il y a encore de la fièvre et une douleur spontanée s'irradie le long de l'uretère jusqu'à la vessie et presque dans le pli inguinal. Décubitus latéral droit impossible.

Diagnostic : pyélo-néphrite.

Traitement : lait, eau de Vittel, révulsion sur la région lombaire, purgatifs répétés.

Dès ce moment, nous avions proposé, si les symptômes ne s'amendaient pas, de provoquer l'accouchement dès le huitième mois ; le médecin traitant, remarquant une amélioration notable, laissa la grossesse aller à terme et fit l'accouchement le 24 décembre.

Le premier jour la température s'élève à 39° et le 16 je suis de nouveau appelé près de la malade : pas de douleurs, ni spontanées, ni provoquées, dans la région de l'utérus, mais du côté du rein, sensibilité extrême. Une déchirure du périnée, de nombreuses eschares vulvaires sont l'objet de soins spéciaux.

17 décembre : Température, 39°3 ; douleur dans la région hypogastrique ; le cathétérisme vésical ramène une notable quantité de pus.

18 décembre : Etat stationnaire.

19 décembre : Température, 40°6. Frisson violent. Corne utérine droite très douloureuse à la pression.

20 décembre : Température, 40°2. Curettage. Sérum antistreptococcique. Chute progressive de la température, guérison.

Jusqu'au 11 janvier, lait et eau de Vittel ; à partir de cette date, régime mixte.

La cause prédisposante de la pyélo-néphrite gravidique réside dans la compression de l'uretère, d'où sa plus grande fréquence à droite à cause de l'inclinaison plus fréquente de l'utérus gravide de ce côté.

La cause déterminante est l'infection, d'origine sanguine le plus souvent. Quelle a été cette infection chez notre malade ? Il n'y avait aucune maladie antérieure ; il nous a semblé rationnel de la rapporter au coli-bacille. Nous avons fait remarquer que plusieurs des poussées fébriles observées ont cédé à un purgatif.

Cette constatation a été faite depuis lors par d'autres observateurs.

Nous-même avons pu la refaire à nouveau à propos d'une autre malade. Enceinte pour la seconde fois, elle éprouvait des douleurs abdominales assez vagues, que le médecin traitant considérait comme des menaces de fausse couche. Le traitement institué était le repos au lit et les lavements laudanisés.

Aprés un calme trompeur de quelques heures, les phénomènes douloureux reprenaient plus aigus, en même temps que la constipation devenait plus opiniâtre.

Appelé prés de la malade, je reconnus cliniquement une pyélonéphrite du côté droit ; l'urine contenait du pus en abondance.

J'appliquai quelques ventouses scarifiées au niveau du rein

droit, ordonnai des purgatifs répétés, l'eau de Vittel et d'Évian seule pendant deux jours, puis le lait. Très rapidement les phénomènes morbides s'amendèrent.

Il n'est pas douteux que les lavements laudanisés, en augmentant la constipation, favorisaient l'évolution de l'affection. Cette notion pathogénique était à signaler.

Pendant la grossesse, avons-nous écrit à cette époque, nous avons institué un traitement médical, tout en proposant un traitement obstétrical, si la nécessité nous y obligeait. Cette conduite était prudente. En effet, M. Vinay dit que le traitement médical suffit dans les cas légers, et que si la maladie devient plus grave, l'accouchement prématuré se fait spontanément. Il reste à savoir si c'est la règle générale; si la maladie semblait faire des progrès menaçants pour la vie de la femme, si l'accouchement, qui est chose heureuse dans ces cas, ne se faisait pas, nous croyons qu'il est permis de mettre fin à la grossesse, surtout quand le fœtus a des chances de survie très sérieuses. Attendre trop longtemps serait s'exposer à voir des troubles graves de la santé générale et des altérations telles de l'état local qu'une intervention chirurgicale s'imposerait. Qui sait ce que deviendrait le fœtus et s'il ne peut succomber lui-même par intoxication ?

L'accouchement provoqué a été depuis cette époque pratiqué chez des femmes atteintes de pyélo-néphrite gravidique.

13. — **De l'intestin dans l'état puerpéral**. — Médecine moderne, 1898, Nos 11, 21, 30 et 36.

Dans cette revue générale, il est question des diverses particularités morbides qui influencent le fonctionnement de l'intestin et leur réaction sur la femme enceinte, en travail ou accouchée.

Ce sont les connexions physiologiques de l'utérus et de l'intestin qui parmettent de comprendre l'influence réciproque de ces deux viscères.

A toutes les périodes de l'état puerpéral on peut observer la *Constipation*.

Elle peut être le résultat d'un obstacle mécanique au cours des matières fécales tel qu'on l'observe dans la rétroversion de l'utérus

gravide : de là des accidents divers : perforation du rectum par gangrène de la paroi, fistules utéro-rectales, péritonite d'origine colibacillaire sans perforation (observation de Chantemesse, Widal et Legry).

L'occlusion intestinale a été signalée un certain nombre de fois.

La constipation peut s'établir sans obstacle mécanique : on la regarde comme un phénomène sympatique de la grossesse.

Il y a différents degrés dans la constipation des femmes enceintes. Très prononcée, elle amène des accidents d'auto-intoxication, qui se traduisent par de la céphalée, du ptyalisme, des vomissements graves.

Tout récemment, nous avons pu faire cesser des vomissements reconnus incoercibles grâce à un lavement purgatif copieux.

La constipation favorise la fausse-couche chez les femmes prédisposées en déterminant la congestion utérine et des métrorrhagies. Certaines élévations de la température à la fin de la grossesse ne reconnaissent pas d'autre cause.

La réplétion du rectum empêche parfois l'accommodation fœtale par obstruction du pelvis ; elle a donné lieu à des erreurs de diagnostic.

Elle favorise l'apparition des hémorroïdes avec tous leurs inconvénients.

On comprend toute l'importance de cette complication et de son traitement.

La *diarrhée* est plus rare ; elle coïncide le plus souvent avec la persistance d'un bon état général, mais parfois aussi on l'a rencontrée incoercible, débilitant la femme, provoquant l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Ce n'est pas seulement dans la grossesse utérine que l'intestin est influencé. Dans la grossesse ectopique, Freund a signalé des coliques intestinales et de la diarrhée ; le kyste fœtal, se développant dans le petit bassin, comprime le rectum et en obture la lumière.

Des fistules kysto-intestinales s'observent fréquemment.

La fièvre typhoïde, affection à lésions prédominantes du côté de l'intestin, influence plus ou moins la grossesse, mais surtout à titre de maladie générale.

A propos de la *typhlite* et de l'*appendicite*, nous écrivions, en 1898, que ces affections coexistant avec la gravidité semblent se modifier dans leur allure et même dépendre de l'état gravide dans une certaine mesure. Nous rapportons quelques faits publiés alors d'appendicite pendant la grossesse ; nous essayons de montrer comment la grossesse aggrave l'appendicite et inversement, comment elle la favorise par la constipation, la congestion pelvienne.

Le diagnostic différentiel de l'appendicite et d'une annexite, réveillée par la gestation, est étudié d'après les documents fournis par Vinay ; Walther, Cestan ont insisté sur les difficultés du diagnostic d'appendicite et de grossesse extra-utérine.

C'est la mise au point de la question à l'époque de notre mémoire. D'immenses progrès ont été réalisés depuis cette date.

Les *hernies intestinales* font l'objet d'un chapitre spécial ; successivement, nous passons en revue les hernies inguinales, crurales, ombilicales, lombaires, vaginales. Quelques observations intéressantes sont rapportées, entre autres deux dues à M. le professeur Berger : l'une, hernie du cul-de-sac de Douglas (hernie vaginale, élytrocèle) ; l'autre, hernie postérieure de la grande lèvre.

Stoltz, le professeur Budin ont insisté dans leurs observations sur le diagnostic. Le traitement a été longuement étudié dans le mémoire de M. Berger (Annales de Gynécologie, 1896).

14. — Infection intestinale pendant les suites de couches. — (Leçon clinique publiée dans le *Médecin Praticien*, 3 mars 1908).

Au cours de nos visites aux accouchées, je vous ai fait remarquer combien souvent il existe une légère élévation de température, 38°, 38°5, se produisant à un jour quelconque des suites de couches. Lorsque je demande à l'un d'entre vous quelle peut en être la cause, j'obtiens presque toujours la même réponse : c'est de l'infection. Certes, oui, c'est de l'infection, mais quand je veux faire préciser quelle espèce d'infection nous avons en face de nous, on n'hésite pas à me dire : infection puerpérale. Et cela, parce qu'il s'agit d'une femme accouchée. Or, bien souvent, ce n'est pas là un diagnostic exact, et il ne m'est pas difficile de vous

le prouver, par un examen clinique complet d'une part, par un traitement bien simple d'autre part, dont vous pouvez constater l'heureux effet à la visite ultérieure.

C'est qu'en effet, à côté de l'infection puerpérale proprement dite, à côté des infections mammaires, il y a chez les accouchées beaucoup d'autres causes d'élévation de la température. Parmi celles-ci, il en est une que vous devez toujours avoir présente à l'esprit, c'est l'infection intestinale.

Ne croyez pas que ce soit là une rareté ; je vous faisais observer qu'on voyait assez souvent de ces élévations de température d'origine intestinale chez les accouchées de ce service : elles reçoivent cependant, le troisième jour, par tradition, la dose classique d'huile de ricin. Dans la clientèle, si on omet cette prescription, si la dose est insuffisante, si l'on s'en rapporte à l'accouchée, à la garde même, qui déclarent les garde-robes suffisantes, si on se contente d'un simple lavement évacuateur, qui ne vide que l'extrémité inférieure de l'intestin, on assiste, un jour, à des accidents qui, à première vue, sont effrayants.

Parmi ceux que j'ai pu observer moi-même, je vous en résumerai trois, qui me sont restés gravés dans la mémoire.

Une première observation a trait à une femme accouchant pour la troisième fois dans les meilleures conditions. Les suites de couches semblaient devoir être absolument normales, lorsque le onzième jour, vers le soir, je suis appelé d'urgence près de cette malade qui a, me dit-on, une péritonite. Cette nouvelle me surprit d'autant plus que rien jusqu'à ce jour ne faisait prévoir la possibilité de semblable complication.

J'arrive auprès de ma malade que je trouve en proie à une vive agitation, avec un facies vultueux, une température de 39°, un pouls à 92. Le ventre est ballonné, distendu, météorisé à l'extrême, sensible à la palpation dans toute son étendue, mais surtout dans la partie sus-ombilicale. Examen négatif des organes génitaux. Je posai le diagnostic : infection intestinale avec un certain degré de péritonisme et crus pouvoir formuler un pronostic peu sévère en même temps qu'un traitement destiné à assurer l'évacuation de l'intestin. Deux jours plus tard, il ne restait de cet orage que le souvenir.

Dans un second fait, j'étais appelé par un confrère à voir une malade qui avait fait un avortement quelques jours auparavant et dont l'état donnait des inquiétudes : des symptômes abdominaux graves, accompagnés de fièvre élevée et de vomissements, faisaient craindre une péritonite.

J'étais consulté spécialement sur le point suivant : une intervention locale (curage, curettage) était-elle indiquée ?

Après examen, je me rangeai, avec mon confrère, au diagnostic de septicémie, de péritonite au début ; d'un commun accord, nous préconisâmes l'abstention de toute intervention intra-utérine, et simplement l'application d'une vessie de glace sur l'abdomen, qui ne fut pas acceptée. Dès le lendemain, survint une débâcle intestinale, puis la guérison.

Nous avons donc commis une erreur de diagnostic : il ne s'agissait pas de septicémie, de péritonite, mais d'infection intestinale avec réaction péritonéale.

Je me permettrai, enfin, de mettre sous vos yeux une courbe de température que je crois intéressante. Voici dans quelles circonstances il m'a été donné de la recueillir.

Le 19 octobre, à six heures du matin, j'accouchai pour la première fois une personne qui avait déjà eu trois accouchements antérieurs ayant nécessité une application de forceps au détroit supérieur. Après quarante-huit heures de travail, la même intervention s'imposait ; elle fut extrêmement laborieuse et se termina par l'extraction d'un enfant en état de mort apparente. Pendant deux heures je fis tout ce qu'il fallait pour le ranimer ; il survécut et il se développe très régulièrement.

Occupé près du nouveau-né, je négligeai un peu la mère qui, restée en position obstétricale, eut de nouvelles contractions utérines qui amenèrent le décollement du placenta et son expulsion spontanée brusque avec hémorragie assez abondante.

L'examen de l'arrière-faix ne me donne que des renseignements incomplets en raison de l'état déchiqueté des membranes de l'œuf ; je formulai quelques réserves sur les suites de couches.

Rien de bien extraordinaire pendant les premiers jours, comme le montre la courbe ; d'ailleurs, l'état général et local est excellent.

Le 29 octobre, c'est-à-dire le 10e jour, le thermomètre, qui,

l'avant-veille, avait marqué 38 2, monte à 39 , pour atteindre 39° 8 le 30.

Aucun symptôme local ne permettait de soupçonner une infection utérine; je fis cependant une injection intra-utérine iodée et conseillai un purgatif pour le lendemain matin ; la fièvre persista, atteignit même 40° 2 le 1er Novembre.

Un état général excellent, un pouls relativement peu rapide (94 pulsations au maximum), l'absence de frisson, me faisaient toujours rejeter le diagnostic d'infection puerpérale et j'étais persuadé que seul l'intestin était en cause.

Je me renseignai sur le régime alimentaire de ma malade et j'appris enfin qu'à l'insu de tous, la garde, sous prétexte de la fortifier, lui faisait absorber, en dehors des repas réglementaires, environ un litre de lait et sept ou huit œufs.

Je prescrivis la diète hydrique, un nouveau purgatif et un lavement purgatif, tant et si bien qu'une débâcle instestinale formidable survint, amenant avec elle la chûte de la température et le retour du pouls à l'état normal.

La connaissance de faits analogues date de longtemps ; Trousseau signale ces fièvres des suites de couches qui cèdent à un purgatif. En 1887, le professeur Bouchard écrivait : « les accoucheurs savent bien que certains accidents fébriles qui surviennent pendant les suites des couches, disparaissent après évacuation intestinale, spontanée ou provoquée par un léger purgatif. »

En 1892, le professeur Budin insiste sur les troubles occasionnés par le mauvais fonctionnement de l'intestin au cours de la grossesse et dans les suites de couches ; menaces d'avortement, vomissements incoercibles, pseudo-infection et infections puerpérales, péritonites coli-bacillaires avec infection sanguine.

Depuis lors, tous les accoucheurs s'accordent à reconnaître au coli-bacille un rôle étiologique important dans la genèse de certaines complications de la grossesse et des suites de couches.

C'est qu'en effet le coli-bacille ne se contente pas de proliférer dans l'intestin, d'y séjourner et d'y sécréter des toxines, dont la résorption donne naissance aux phénomènes observés ; il peut pénétrer dans la circulation générale, d'où résulte une véritable coli-bacillose, bien mise en lumière par le professeur Bar, qui va

exercer son action sur des organes que la grossesse met en état de moindre résistance.

Dans une communication à la Société Obstétricale de France, en 1905, j'ai montré l'exemple d'une malade qui, au cours d'une première grossesse, a présenté de la cholécystite, au cours d'une seconde gestation une pyélo-néphrite : à l'origine de ces complications se trouvait le coli-bacille.

Si la cholécystite coli bacillaire est assez rare, il n'en est pas de même de la pyélo-néphrite : les observations abondent depuis que l'attention des accoucheurs est attirée vers cette infection.

L'appendicite, certaines pleurésies, peuvent reconnaître même étiologie.

Ainsi donc, pendant la grossesse, l'infection coli-bacillaire peut devenir générale (coli-bacillose), puis se localiser sur quelque organe. Il en est de même pendant les suites de couches.

Je vous ai résumé quelques faits d'infection port-partum qui ont cédé à l'évacuation intestinale et qui prouvent que la source des toxines était encore cantonnée dans l'intestin lui-même, ou à peu de chose près : ce sont ces faits que l'on a désignés sous le nom de pseudo-infections puerpérales. Elles sont relativement bénignes. Il n'en est pas toujours ainsi ; l'infection coli-bacillaire peut se généraliser.

Les choses se passent alors différemment suivant deux conditions : la virulence du microbe, la résistance de l'organisme. Tantôt, le coli-bacille est détruit dans le sang même, et l'organisme sort victorieux de la lutte ; tantôt, le microbe va se fixer sur un organe : (appendice, rein, vésicule biliaire), voire même dans une veine, où il déterminera une véritable phlébite ; tantôt, enfin, il s'agit d'une septicémie généralisée.

Les symptômes présentés par les malades atteintes d'infection intestinale simple, de stercurémie, sont assez semblables à ceux de l'infection puerpérale, avec quelques variantes cependant qui permettent le plus souvent d'établir le diagnostic différentiel.

Voyons d'abord les symptômes généraux. Le grand frisson, si commun dans l'infection puerpérale vraie et déjà un peu sévère, est généralement absent dans la stercorémie ; les malades accusent bien quelques sensations d'horripilation, mais elles ne présentent

qu'à titre exceptionnel ce tremblement intense, qui se communique au lit lui-même, ce claquement de dents, avec le facies si effrayant.

La fièvre est constante, mais son intensité et son époque d'apparition sont très variables ; alors qu'habituellement la température ne dépasse pas 38°5, on la voit parfois atteindre 40° comme dans notre troisième observation. Elle présente presque toujours une rémission matinale plus ou moins accusée, offrant ainsi les grandes oscillations de la septicémie.

Certains auteurs prétendent que la poussée de fièvre offre un caractère de brusquerie ascensionnelle qu'on n'observe pas d'habitude dans l'infection puerpérale, qui procède plutôt par poussées successives de plus en plus marquées. Je ne crois pas pouvoir attribuer une importance bien considérable à l'allure de la température pour établir le diagnostic différentiel.

Je n'en dirai pas autant du pouls. Toujours rapide, souvent même plus rapide que ne le comporte la température dans l'infection puerpérale, le pouls n'offre que rarement semblable accélération dans l'infection intestinale, sauf quand il y a des phénomènes de péritonisme. Je vous rappellerai que dans notre troisième observation, le maximum de pulsations constaté a été 94, avec une température de 40°2. Chez une infectée, nous aurions compté 130 et davantage. C'est sur ces caractères du pouls que je me suis appuyé pour écarter définitivement le diagnostic d'infection puerpérale chez cette accouchée. Ajoutez qu'elle n'avait aucune dyspnée, que l'état général était parfait, que le sommeil n'était aucunement troublé, qu'il existait à peine une légère céphalée, que l'examen local était complètement négatif du côté de l'utérus, et vous comprendrez pourquoi je me suis arrêté au diagnostic d'infection intestinale simple.

Que réserve l'examen local ? Les résultats en sont variables. Tantôt le ventre est presque plat, non douloureux à la pression, tantôt et plus souvent il est ballonné, douloureux, surtout dans la région sus-ombilicale, chose importante pour le diagnostic. Quelquefois la région du cœcum est très sensible ; le palper y constate un empâtement dû à des matières fécales accumulées, ce qui peut entraîner à des erreurs de diagnostic.

Ces erreurs sont d'ailleurs faciles à commettre, même lorsque

l'on croit être sur la bonne voie. Quand on interroge les malades sur le fonctionnement de leur intestin, elles peuvent vous induire en erreur avec une entière bonne foi. Il est des personnes qui, allant à la garde-robe chaque jour, n'en sont pas moins des constipées ; il en est d'autres qui accusent de la diarrhée ; chez elles, on est loin de soupçonner une rétention stercorale.

Il peut cependant en être ainsi : les parois intestinales sont tapissées d'une couche plus ou moins épaisse de matières fécales durcies circonscrivant un canal permettant au flux diarrhéique de s'écouler. Ce qui prouve qu'il y a chez elles accumulation de fèces, c'est que sous l'action d'un purgatif énergique, elles expulsent des matières en abondance parfois considérable, au point d'en remplir plusieurs bassins, dégageant une odeur très forte, et offrant une coloration noirâtre, indice d'un séjour prolongé dans l'intestin.

L'erreur est enfin facile à commettre lorsqu'il se produit un choc en retour de l'infection intestinale sur l'endométre ; il s'agit alors d'une forme d'infection puerpérale, qui ne peut se caractériser que par l'examen bactériologique.

L'infection intestinale simple comporte un pronostic bénin ; après une débâcle, spontanée ou provoquée, tout rentre dans l'ordre. La fièvre tombe, ou brusquement, ou graduellement en deux ou trois jours ; le pouls reprend vite son rythme normal ; la guérison est rapide.

Nous savons tous combien est fréquente la constipation chez la femme ; nous connaissons des exemples nombreux de femmes n'allant à la garde-robe que tous les huit jours, et moins souvent encore ; elles ont cependant toutes les apparences de la santé, ne présentent aucun des troubles que nous avons signalés. Comment se fait-il que chez la femme enceinte ou accouchée la constipation arrive à produire semblables accidents ? Quelle est la raison de cette différence de réaction ?

La femme enceinte travaille et se nourrit pour deux, a-t-on dit ; elle se trouve dans les mêmes conditions que les individus surmenés, qui deviennent facilement la proie d'une infection. La femme accouchée serait aussi une surmenée. Comme, chez elle, la constipation est fréquente, il y a exaltation du nombre et de

la virulence des germes intestinaux, production exagérée et résorption de toxines pyrétogènes.

Si, hors l'état puerpéral, il n'y a pas d'accidents consécutifs analogues à ceux qu'on observe chez la puerpérale, c'est dans les modifications imprimées à toutes les cellules de l'organisme par cet état puerpéral qu'il faut en rechercher la cause. Le surmenage, si tant est qu'il existe, n'est pas suffisant pour tout expliquer. Peut-être serait-il plus logique d'incriminer le foie et les reins des femmes en couches.

Le foie subit, pendant la grossesse, des modifications importantes, qui peuvent en troubler le fonctionnement normal et surtout diminuer ses fonctions d'organe destructeur des poisons ; de là intoxication de la masse sanguine, qui pourrait à la rigueur passer inaperçue si l'élimination par les reins était suffisante. Mais souvent aussi ceux-ci faiblissent par excès de travail ; dès lors, la toxhémie est constituée. Elle se manifeste différemment suivant les cas ; l'une de ces manifestations est la fièvre, consécutive à l'action de produits pyrétogènes sur les centres thermiques.

Toute thérapeutique rationnelle résultant d'un diagnostic exact et d'une pathogénie nettement éclaircie, il s'ensuit que le médecin est parfaitement armé pour lutter contre ces infections intestinales. La gamme des purgatifs est suffisamment étendue pour rendre le choix facile ; il n'y a pas lieu de redouter l'action néfaste sur la sécrétion lactée, qui ne se tarira pas si l'enfant continue à têter régulièrement. Il y a lieu également d'aider à la thérapeutique par la voie haute, par des interventions très simples, par la voie basse, à savoir les lavements purgatifs, l'entéroclyse à l'eau bouillie, pure ou additionnée d'eau oxygénée.

C'est ainsi que de façon très simple on guérit des malades qui semblent gravement atteintes ; c'est là le secret de quelques rebouteurs qui ont la réputation de guérir la fièvre puerpérale.

Comme conclusion, je vous dirai qu'en présence d'une accouchée qui n'a aucune raison de faire de l'infection puerpérale, il faut penser à l'infection intestinale, qu'il n'y a pas lieu de partir en guerre, et toujours et immédiatement, avec les armes dont on a quelque peu abusé : l'injection intra-utérine, le curettage, etc. Pour être efficaces, ces interventions intra-utérines exigent des

indications précises; sinon, elles peuvent devenir dangereuses. C'est là une conquête résultant de l'observation clinique des accoucheurs, qu'il convient de respecter l'utérus des accouchées, de ne point lui faire subir de traumatismes sans que le besoin en soit formel.

15. — **Colibacillose gravidique.** — Société obstétricale de France 1905.

16. — **De la rupture du sinus circulaire.** — Revue obstétricale Internationale, 1897.

Nous avons pu observer deux faits indiscutables de rupture du sinus circulaire, en tout semblables à ceux décrits par M. le professeur Budin. Cet accident, s'il était cherché plus souvent, semblerait plus fréquent qu'on ne le pense.

17. — **Des endométrites gravidiques.** — Presse médicale, 18 mars 1896.

Que l'endométrite préexiste à la grossesse ou se développe pendant celle-ci, il est reconnu que la coexistence de cet état physiologique et d'un état pathologique peut avoir lieu.

Diverses classifications ont été proposées ; les unes basées sur le siège du maximum de la lésion ; de là les endométrites gravidiques déciduales ou placentaires, auxquelles nous ajoutons l'endométrite cervicale.

Les autres reposent sur les lésions anatomo-pathologiques (Veit, Schrœder, Tarnier et Budin) :

Endométrite hyperplasique diffuse ;
» polypeuse ou tubéreuse ;
» kystique.

Il est rare de retrouver ces types à l'état de pureté : le plus souvent on a affaire à une endométrite mixte.

Il est enfin une autre classification d'origine symptomatique :

Endométrite catarrhale ou muqueuse ;
» hémorrhagique ;
» purulente.

Les conditions étiologiques des endométrites gravidiques ressortissent à l'état local et à l'état général.

Parmi les causes locales, à signaler : la blennorrhagie, la métrite puerpérale ancienne, la tuberculose utérine primitive, le cancer du col, les corps fibreux.

Un grand nombre de maladies générales peuvent retentir sur l'utérus et y déterminer de l'endométrite. L'endométrite syphilitique n'est pas douteuse, les altérations de la caduque, du placenta en sont la preuve.

La tuberculose, au cours de son évolution comme maladie générale, peut retentir sur l'utérus (Rémy).

Dans l'intoxication saturnine, on voit des femmes présenter des symptômes d'endométrite et expulser un fœtus vivant. L'examen des membranes y dénote une altération certaine.



Les maladies infectieuses aiguës interrompent la grossesse pour des raisons variées. Certains auteurs invoquent l'hyperthermie, d'autres l'infection du fœtus, ou bien encore la toxhémie maternelle, la surcharge du sang en acide carbonique, l'action des toxines sur le muscle utérin ou sur les centres nerveux qui président à la contraction utérine.

En 1891, Massin a étudié l'influence des maladies aiguës sur la muqueuse utérine.

Klotz incrimina l'endométrite hémorrhagique comme cause efficiente de l'interruption de la grossesse dans la rougeole ; depuis longtemps, l'existence d'hémorrhagies intra-utérines est signalée comme cause d'avortement au cours de la variole (Pécholier, Serres, Spiegelberg, Hervieux, Chaigneau).

Goldstammer et Zuelzer admettent une inflammation primitive de la muqueuse utérine dans la fièvre typhoïde ; Slavjiansky a retrouvé des lésions utérines chez les femmes enceintes qui ont succombé au choléra.

L'action de l'influenza n'est guère contestée (Labadie-Lagrave, Gottschalk, Lambinon, etc.).

Zielinski admet même que les maladies du cœur, des reins peuvent déterminer une congestion utérine favorisant l'endométrite.

La grossesse compliquée d'endométrite peut se passer d'une façon normale. Souvent cependant il y a quelques phénomènes anormaux.

Sans attacher d'importance aux vomissements plus ou moins graves que quelques auteurs ont attribué à l'endométrite, nous voyons d'autres accidents, consistant surtout dans des écoulements par les voies génitales : leucorrhée, pertes aqueuses, pertes sanguines.

La leucorrhée n'est que l'exagération et l'altération morbide de la sécrétion utérine physiologique ; c'est un phénomène presque constant.

Les pertes aqueuses se montrent ou dans les premiers mois de la grossesse, ou dans les derniers.

L'hydropérionie est une sécrétion aqueuse survenant pendant les premiers mois de la grossesse, due à une hypersécrétion des glandes de la caduque enflammée et s'accumulant entre la caduque utérine et la caduque ovulaire avant leur fusion. A un moment donné, du liquide s'écoule à l'extérieur, peu abondant, de façon intermittente, incolore, plus rarement teinté en rose.

A partir du quatrième mois, les caduques sont soudées, il n'y a plus d'hydropérione ; cependant il peut encore se produire des écoulements aqueux : hydrorrhée déciduale.

D'après Hégar, Spiegelberg, Schrœder, Tarnier et Budin, ce symptôme serait une conséquence de l'inflammation des glandes de la caduque ; elle serait due à une endométrite séreuse.

Les pertes sanguines s'observent à toutes les époques de la grossesse.

Elles accompagnent parfois l'expulsion prématurée du fœtus. Jusqu'au sixième mois, il y a avortement ; mais pourquoi se produit-il ? Le fœtus est expulsé mort ou vivant.

S'il est mort, la fausse-couche s'explique sans endométrite ; mais si tout d'abord il y a écoulement de sang, puis expulsion d'un fœtus vivant, et cela avec rétention de lambeaux de caduque, il semble que l'inflammation utérine reprenne ses droits.

L'hémorrhagie peut donc être primitive, mais les choses peuvent aussi se passer autrement ; il y a d'abord des pertes aqueuses, puis rosées, sanguinolentes et enfin sanguines ;

l'avortement se fait et il y a rétention de caduque épaissie, polypeuse.

Le décollement prématuré du placenta inséré en lieu normal est parfois fonction d'une endométrite ; il y a eu d'abord des hémorrhagies placentaires qui ont gagné de proche en proche, ont fini par produire un hématome rétro-placentaire.

Plus souvent l'hémorrhagie est la conséquence d'une insertion vicieuse du placenta, elle-même effet d'une endométrite.

Kaltenbach, Hofmeier pensent que le placenta devient prævia ou bien parce que l'œuf rencontrant une muqueuse malade glisse sur le segment inférieur, ou bien parce que l'œuf se greffant sur cette muqueuse étend au loin ses attaches et le placenta devient prævia par excès d'étendue. Le terrain étant mauvais, il en faudrait une plus large surface pour satisfaire aux besoins de l'hématose fœtale.

La rupture prématurée des membranes s'explique par l'insertion basse du placenta.

La mort du produit de conception est due parfois à des hémorrhagies placentaires étendues ou à des altérations des villosités, qui sont étouffées par le processus inflammatoire de la caduque.

Toutes ces complications expliquent la fréquence de l'interruption prématurée de la grossesse.

A noter également l'expulsion des lambeaux de caduque.

Le rhumatisme utérin des anciens auteurs n'est pas autre chose que l'endométrite de la caduque (Vinay).

On a été jusqu'à admettre une relation de cause à effet entre l'endométrite et la môle.

Roy admet, dans sa thèse, que la grossesse peut être prolongée. « Un fait domine la séparation de l'œuf d'avec la paroi utérine, c'est le décollement des membranes. Ce décollement commence d'habitude par l'extrémité inférieure de l'œuf ; il peut ne pas se faire par suite d'adhérences des membranes au segment inférieur, adhérences consécutives à une endométrite ancienne, et la grossesse se prolonge par défaut du point de départ de l'excitation réflexe qui amène la contraction utérine. ».

Les signes locaux de l'endométrite du corps sont à peu près nuls ; ils sont plus manifestes dans l'endométrite du col. On

trouve là des érosions, des ulcérations, des fongosités, des polypes muqueux ; une accumulation de liquide épais qui oblitère le col peut même amener l'agglutination des lèvres de l'orifice externe et de tout le trajet cervical. En même temps, le col est gros, congestionné, douloureux.

Donc, au niveau du col, on rencontre :

1° L'endométrite hyperplasique, qui amène l'oblitération ;

2° » fongueuse ;

3° » purulente.

L'endométrite gravidique peut modifier les phénomènes physiologiques du travail.

La contraction utérine est plus ou moins troublée par le fait de l'adhérence des membranes ; on peut voir du tétanisme utérin par suite de l'hyperexcitabilité des nerfs utérins enflammés.

La dilatation du col est pénible, parce que la contraction utérine est insuffisante, parce que les membranes sont adhérentes au segment inférieur (Hecker, Kaschewarowa), parce qu'il y a souvent rupture prématurée des membranes.

L'accouchement peut être troublé par des hémorrhagies ; la délivrance, surtout, est anormale ; les adhérences du placenta, des membranes, sont fréquentes ; la caduque est généralement retenue.

De là des suites de couches à tendances pathologiques, hémorrhagies, infection, sans compter la possibilité des déciduomes.

Le diagnostic d'endométrite gravidique est difficile. Dans la forme aiguë, l'examen rétrospectif de l'œuf permet seul de retrouver des traces de l'inflammation de la caduque. Dans la forme chronique, il faut étudier d'une façon spéciale les écoulements aqueux ou sanguins, les douleurs.

Le pronostic est sérieux pour le fœtus, en danger d'expulsion prématurée ; il est grave aussi pour la mère, en raison des pertes de sang et des complications post-partum.

Le traitement prophylactique, c'est-à-dire la guérison de toute endométrite, est l'idéal. Mais, en présence d'une endométrite gravidique, le médecin ne pourra guère appliquer qu'un traitement symptomatique, pour parer aux divers accidents qu'occasionne la coexistence d'une grossesse et d'une endométrite.

18. — **Sur un cas de môle hydatiforme.** — Nord médical, 15 novembre 1898.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans les difficultés du diagnostic et dans le mode de terminaison de l'affection.

Mme X..., demeurant à Lille, âgée de 45 ans, a eu 8 grossesses. Les six premières donnèrent des enfants vivants et bien portants. La septième se termina par une fausse couche de 5 mois, suivie d'accidents infectieux, qui laissèrent une douleur plus ou moins vive au niveau des annexes du côté droit. La 8e grossesse alla à terme.

Depuis lors, santé bonne, règles normales jusqu'en janvier 1898. Quelques signes de grossesse : tension des seins, vomissement, éruption d'acné sur la face, constante dans les grossesses antérieures.

Vers le 25 janvier, 6 à 7 semaines après les dernières règles, légère perte de sang qui dura quelques jours et s'arrêta spontanément ; douleurs plus accusées dans la région hypogastrique droite.

15 février, nouvelle hémorrhagie.

Tels sont les renseignements obtenus à notre première visite à la fin du mois de mars.

L'examen général ne nous fait découvrir aucune maladie organique.

Examen obstétrical : ventre volumineux, par surcharge adipeuse et éventration. Seins augmentés de volume, tendus. Colostrum. La malade attache une grande importance à cette tension des seins, qui constitue pour elle un symptôme sérieux de grossesse.

Palper négatif, fond de l'utérus inaccessible à travers cette paroi abdominale épaisse, au milieu de toutes ces anses intestinales. La percussion dénote de la sonorité dans toute la région hypogastrique.

Au toucher, col légèrement ramolli, orifice externe entr'ouvert. Le toucher combiné au palper ne me permet pas mieux de distinguer le corps utérin ; à droite, tumeur grosse comme un œuf de pigeon, douloureuse, distincte de l'utérus. Le doigt vaginal est couvert de liquide sanguinolent, de couleur brunâtre, sans odeur spéciale.

Cet écoulement constitue le symptôme prédominant, nous essayons d'en analyser tous les caractères au point de vue de l'abondance, de la couleur, de l'intermittence ou de la continuité ; nous obtenons toujours la même réponse : Docteur, je perds continuellement du sang. »

Quel diagnostic fallait-il poser ? Je me rangeai d'abord au suivant : grossesse probable, mais anormale. J'avoue que parmi toutes les anomalies qui se présentèrent à mon esprit, je penchai tout de suite vers le môle hydatiforme, sans toutefois m'y arrêter davantage. C'était un diagnostic à discuter après un nouvel examen.

Malgré le repos au lit, les injections chaudes, le sang coula pendant plusieurs semaines, tantôt assez coloré, tantôt plus pâle, jamais de pertes aqueuses.

L'état général restait bon ; mon diagnostic d'une grossesse probable me défendait toute intervention active.

Un jour, la malade me dit : « J'ai senti remuer ». Je palpai, j'auscultai, toujours rien et cependant le 5e mois approchait.

Pendant tout ce temps, je discutai mon diagnostic et tour à tour, j'envisageai les hypothèses suivantes : grossesse extra-utérine, grossesse dans un utérus fibromateux, cancer du corps utérin avec ou sans grossesse, ménopause. Aucune ne pouvait me satisfaire, d'autant qu'au 5e mois je devais arriver à percevoir des parties fœtales. Je portai enfin le diagnostic de môle hydatiforme, en m'appuyant sur les signes suivants :

1° Phénomènes sympathiques de grossesse :

2° Ecoulements sanguins, mais de nature particulière, d'abondance variable, de coloration diverse, tantôt brunâtres, tantôt rouges, tantôt à peine colorés. Un jour, la vue de la chemise à peine teintée par l'écoulement fixa dans mon esprit l'idée de môle, comme dans une observation de M. Quénu.

3° Absence de parties fœtales, de battements cardiaques.

Il me manquait un renseignement important : le développement de l'utérus, malgré les variations dont il est capable au cours de la grossesse molaire. Il eut été intéressant de pouvoir apprécier la consistance de l'organe : il est tantôt mou, pâteux, dépressible, tantôt dur, régulier ou bosselé. Il était sans doute très mou dans notre cas.

La malade refusant toute intervention, les choses allèrent ainsi jusqu'au mois de juillet ; mais alors les forces déclinaient ; les muqueuses se décoloraient, l'état moral était défectueux ; une intervention fut acceptée.

Je portai un pronostic sombre ; l'anémie, la cachexie actuelle, les dangers d'infection, d'hémorrhagie abondante, la crainte du déciduome malin expliquaient mes réserves.

Le traitement consista dans l'évacuation de l'utérus avec le doigt et la curette ; elle s'accompagna d'une perte de sang sérieuse, qui céda au tamponnement de la cavité utérine ; ce pansement fut renouvelé plusieurs fois et la malade sembla guérir sans la moindre élévation de la température.

Le 27ᵉ jour après l'opération, au cours d'une promenade, hémorrhagie abondante qui nécessita le tamponnement intra-utérin.

Trois semaines plus tard, répétition du même accident.

Je fis part au mari de mes craintes au sujet d'une tumeur maligne et conseillai l'hystérectomie. On temporisa, l'anémie s'accentua, la cachexie progressa rapidement et bientôt l'opération était contre-indiquée par l'état trop précaire de la malade. Elle succomba en 48 heures à des phénomènes urémiques.

Conclusions :

1° Le diagnostic de la grossesse molaire est souvent difficile, quelquefois impossible, en présence du seul symptôme hémorrhagie.

2° L'écoulement séreux, à peine teinté, doit avoir une grande valeur au point de vue du diagnostic.

3° Le curettage a pu être fait sans perforation utérine, mais n'a pas empêché le déciduome ; il a sans doute été pratiqué trop tard, ou bien c'était une môle maligne d'emblée.

4° L'hystérectomie est la seule opération qui eût pu sauver cette malade.

19. — **Des vomissements incoercibles et du curettage dans la môle hydatiforme.** Presse médicale, 21 juillet 1897.

Il est question dans ce mémoire de trois observations de grossesse molaire suivies par nous à la Clinique obstétricale de Lille.

A côté des symptômes classiques, il en est un autre qui attira notre attention. Nos trois malades présentaient en effet des vomissements dits incoercibles. Cette constatation était assez intéressante et nous fit penser qu'il y avait là autre chose qu'une coïncidence.

Au cours de nos recherches bibliographiques, nous avons vu que d'autres observateurs avaient noté le même symptôme, mais sans y attacher une importance quelconque.

Une malade de M. Guéniot, enceinte d'environ trois mois, atteinte de vomissements extrêmement graves, faisant craindre à bref délai une issue funeste, expulsa une môle hydatiforme.

On trouve dans l'*Union Médicale* de 1873 une observation de Tuefferd, dans laquelle il s'agissait d'une môle hydatique considérable avec vomissements fréquents et même vomissements de sang.

M. Ouvry, dans sa thèse, dit : « Il n'est pas étonnant de rencontrer une anémie profonde chez des malades qui ont des hémorrhagies répétées, abondantes, parfois violentes, chez celles qui sont sujettes à des vomissements fréquents, prenant souvent le caractère des vomissements incoercibles. »

A ce propos, M. Ouvry cite les noms de Puech, Lander, qui auraient publié des cas analogues.

Il y a, dans cette thèse, une observation due à M. Gérard-Marchant, avec ce titre : « Môle vésiculaire du volume du poing. Vomissements incoercibles. Cachexie rapide. Mort. »

Une autre, due à M. Champetier de Ribes, porte la mention suivante : « presque dès le début, des vomissements muqueux et alimentaires, quelquefois verdâtres, apparaissent et surviennent plusieurs fois par jour ».

M. le professeur Budin a également observé des cas analogues (Discussion à la Société obstétricale de France).

Depuis la publication de notre mémoire, nous avons vu, dans les périodiques, un certain nombre d'observations où se trouve signalée la coexistence de la grossesse molaire et des vomissements incoercibles.

Domond s'est inspiré de ce sujet pour sa thèse inaugurale (Paris 1898).

En raison de cette fréquence relative, nous avons ainsi posé

la question de savoir si les vomissements graves ne doivent pas être considérés comme un signe de présomption de grossesse molaire. Et dans le cas particulier, n'est-on pas à mi-chemin du diagnostic lorsqu'on a songé à la possibilité de cette affection, pour laquelle on recherchera d'autres signes plus certains ?

Resterait à déterminer pourquoi il y a souvent des vomissements incoercibles dans ces cas pathologiques. S'agit-il d'accidents plus faciles d'auto-intoxication, ou bien y a-t-il exagération des réflexes à point de départ utérin ?

Après ce petit point de symptomatologie nous avons abordé l'étude du traitement de la môle hydatiforme.

Pour la première malade qui expulsa sa môle entièrement recouverte de caduque, on ne fit rien de particulier dans les suites de couches. Elle guérit, très-simplement, sans aucun accident.

La deuxième présenta des phénomènes infectieux qui résistèrent aux injections intra-utérines et au drainage à la gaze iodoformée. Le curettage fut pratiquée et bientôt tout rentra dans l'ordre.

Chez la troisième, le traitement fut encore plus nettement chirurgical. Le diagnostic de môle vésiculaire avait été posé ; c'était une primipare avec un col fermé et ayant toute sa longueur. Après ouverture de ce col avec les bougies de Hégar, M. le professeur Gaulard vida l'utérus avec la curette. Les suites opératoires furent très-simples.

Müller, Menge, Klein, Lohlein à l'étranger. Quénu, Champetier de Ribes, Potocki, Gérard-Marchant en France, ont pratiqué le curettage de l'utérus chez des femmes qui avaient expulsé une môle, sans déterminer aucun accident.

Moins nombreuses sont les observations qui indiquent qu'on s'est servi de la curette pour provoquer l'expulsion de la môle ; Lander, Routier auraient procédé ainsi.

Tout ceci démontre qu'en y mettant de la douceur et de la prudence il est possible de curetter un utérus renfermant ou ayant renfermé une môle sans le perforer.

Sans doute le curage digital serait moins dangereux ; mais il est moins facile chez des femmes dont le col utérin a conservé toute sa longueur. Dans notre observation 3 nous faisons remarquer que l'index pénétrait dans la cavité utérine à une hauteur de

deux centimètres à peine et que ce doigt ne percevait aucune sensation de corps étranger. Il était insuffisant pour le diagnostic, à plus forte raison pour le traitement.

Il est évident que la curette est dangereuse pour ces cas de môles perforantes analogues à celui figuré par Wolkmann en 1867. Mais heureusement ces cas sont rares et ils le seront d'autant plus qu'on agira plus tôt, qu'on videra plus vite l'utérus de son contenu.

De là l'importance d'un diagnostic précoce, conduisant à un traitement rationnel, empêchant la pénétration de la tunique musculaire par les éléments de la môle (cellules du syncitium, de la couche de Langhans, kystes vésiculeux eux-mêmes).

La curette est parfaitement capable de donner ce résultat. Nous venons d'en avoir la preuve tout récemment.

A la suite de l'expulsion d'une môle, une malade de la clinique présenta des phénomènes infectieux ; le professeur Gaulard fait le curettage et ramène de nombreux débris. La guérison semble devoir se faire, mais M. Gaulard, craignant un déciduome, décide d'enlever l'utérus. Il fut histologiquement démontré que la paroi utérine était indemne de toute altération et de tout envahissement par les éléments de la môle. La curette avait donc fait un nettoyage complet.

D'une façon générale, nous ne pouvons ainsi être partisan de l'hystérectomie chez toute femme portant une grossesse molaire. C'est là une opération grave, qui supprime de parti pris toute grossesse future, alors qu'il est bien reconnu qu'une grossesse normale peut succéder à une grossesse molaire.

L'hystérectomie semble avoir des indications précises : pénétration de la paroi utérine par les vésicules, celles-ci devenant perceptibles au palper ; rupture de l'utérus soit pendant l'évolution, soit pendant l'expulsion de la môle ; perforation instrumentale de la paroi utérine ; accidents infectieux ne cédant pas aux moyens habituels ; symptômes de déciduome.

20. — **Môle hydatiforme et vomissements incoercibles.** — Le Médecin praticien, 16 juillet 1907.

Mémoire, faisant suite à un précédent, inspiré par une nouvelle

observation, dans lequel je me suis efforcé de mettre en lumière la relation qui semble exister entre le développement d'une môle hydatiforme et les vomissements incoercibles Cette complication de la grossesse molaire semble due à une intoxication produite par les éléments plasmodiaux, remarquables ici par leur abondance et peut-être par leurs qualités spéciales.

21. — **Traitement des vomissements incoercibles**. — Le Médecin praticien, 20 février 1906.

Beaucoup de femmes enceintes vomissent dans les premiers mois de la grossesse ; règle générale, elles n'en souffrent pas beaucoup et ces vomissements cessent spontanément. Chez quelques-unes, assez rares, il est vrai, l'intolérance gastrique est telle que tous les aliments, solides ou liquides, sont rejetés ; la santé générale est gravement compromise et l'on voit se dérouler les symptômes alarmants de l'inanition : il s'agit alors de vomissements graves, pernicieux, incoercibles. Ils constituent une complication grave qui exige l'intervention du médecin.

Une thérapeutique n'est souvent bien efficace qu'autant qu'elle est basée sur une pathogénie exacte ; cette donnée générale est éminemment applicable aux vomissements incoercibles ; ce qui nous amène à résumer les différentes théories pathogéniques de ce redoutable syndrome.

Laissons de côté les femmes enceintes qui vomissent parce que atteintes d'une maladie d'estomac cause de tout le mal, et qui ne sont véritablement intéressantes qu'au point de vue du diagnostic. N'ayons en vue que les femmes enceintes ayant des vomissements dits incoercibles, chez lesquelles l'examen clinique, et parfois l'examen anatomo-pathologique, n'a décelé aucune lésion de l'appareil digestif capable d'expliquer le rejet incessant du contenu stomacal. Chez ces femmes, la grossesse seule doit être incriminée : elles vomissent parce qu'enceintes. Pourquoi ?

Depuis Mauriceau, qui accusait le « commerce entre la matrice et l'estomac », de nombreuses causes ont été invoquées, les unes d'ordre nerveux, les autres d'ordre toxique, agissant isolément ou se combinant diversement.

Le système nerveux nous paraît devoir être seul incriminé, la cause de l'excitation nerveuse qui aboutit au vomissement étant variable.

Tantôt il s'agit d'un réflexe à point de départ génital : déviation utérine, endométrite, ulcérations du col, hyperesthésie, atrésie, etc. ; plus souvent il s'agit d'un système nerveux essentiellement excitable ; l'hystérie a été invoquée par Kaltenbach et Ahlfeld ; des stigmates fréquemment observés chez certaines malades, le mode de guérison de quelques cas de vomissements graves, prouvent le bien-fondé de cette théorie.

Plus fréquemment, le système nerveux réagit par suite d'une intoxication ; les vomissements incoercibles sont la traduction de l'auto-intoxication gravidique.

Quel en est le point de départ ? M. Pinard, se basant sur les expériences de Paulow accuse l'insuffisance hépatique (hépatotoxémie gravidique). Les recherches anatomo-pathologiques montrent dans certains cas des lésions importantes du foie ; elles coexistent fréquemment avec des lésions rénales, qui parfois sont prédominantes.

L'insuffisance de ces deux émonctoires permet à l'auto-intoxication de se manifester avec son maximum de gravité ; mais le point de départ doit plus souvent être recherché dans l'intestin.

Depuis longtemps les accoucheurs ont observé cliniquement la coïncidence des vomissements graves et d'une constipation opiniâtre (stercorémie), leur amélioration, leur disparition même après un purgatif énergique. Le laboratoire est venu confirmer et prouver ce que la clinique avait entrevu : les urines renferment une proportion notable d'indol, de scatol, d'acides sulfo-conjugués et des corps anormaux : albumine, urobiline, acétone, peptone. Ces produits résultent de fermentations intestinales dues, d'après Dirmoser, à l'atonie du tractus intestinal. La résorption au niveau de l'intestin de ces produits de fermentation explique les lésions viscérales et l'auto-intoxication.

Les nombreux faits de guérison par la désinfection intestinale fournissent un appui sérieux à cette théorie.

Elle ne peut cependant expliquer tous les faits : tels sont ceux qui résistent à la meilleure désinfection et sont vaincus par

l'évacuation utérine pratiquée en temps opportun. La présence de l'œuf doit alors être seule considérée comme la cause des vomissements. Quelle partie de l'œuf incriminer ? Accorder une importance aux produits toxiques élaborés par un fœtus de 2 à 3 mois semble exagéré : aussi est-ce la coque de l'œuf (placenta, membranes) qui a été accusée.

K Ruge, Meyer, Gottschelk et Veil, Potens ont constaté dans le sang maternel des cellules syncytiales, cause d'empoisonnement du sang, du système nerveux : ainsi est née la théorie de l'intoxication syncytiale, l'œuf se comportant comme une tumeur maligne. Se trouvent ainsi expliqués les vomissements incoercibles dans les grossesses molaires, remarquables par la prolifération des éléments syncytiaux.

En résumé, la plupart des cas de vomissements incoercibles sont dus à une intoxication d'origine intestinale, chez des femmes dont le foie et les reins deviennent insuffisants et dont le système nerveux est souvent hyperexcitable (hystérie). Plus rarement, il s'agit d'une intoxication d'origine syncytiale.

La pathogénie étant ainsi mieux connue, il devient facile de se diriger dans le labyrinthe des médications préconisées.

En présence d'une femme enceinte en proie aux vomissements graves, quelle sera la conduite à tenir ?

L'examen clinique ayant éliminé une affection gastrique, une lésion de l'appareil génital, on interrogera le fonctionnement de l'intestin ; très souvent, on trouvera des signes évidents de constipation, de fermentations intestinales et l'indication d'une thérapeutique antitoxique.

Forgues (d'Etampes) la réalisait empiriquement en conseillant les deux litres de tisane d'orge miellée pendant deux ou trois jours, en administrant plusieurs bouteilles d'eau de Sedlitz et même 0,10 centig. de tartre stibié. Excellent en principe, ce traitement devait être d'une application difficile : Comment faire ingérer deux litres de tisane à des malades qui vomissent la moindre goutte de liquide !

Il semble préférable d'agir d'abord sur l'intestin seul, d'en faire l'évacuation et le lavage.

M. Loviot recommande la technique suivante : lavement hui-

leux (500 grammes huile d'olive) chauffé au bain-marie, donné avec une canule intestinale en caoutchouc rouge avec deux ouvertures latérales sans orifice terminal, introduite profondément dans l'intestin, le siége relevé, le lit garni. L'huile pénètre lentement ; la malade reste au lit pendant trois ou quatre heures, pendant lesquelles elle s'incline successivement de divers côtés pour faciliter la circulation de l'huile dans l'intestin.

Ensuite, on administre un grand lavement émollient pour entraîner le contenu intestinal ; l'opération, répétée plusieurs fois, assure l'évacuation complète de l'intestin.

Les premières évacuations sont remarquables par leur abondance, leur fétidité extrême, leur coloration noirâtre ; les dernières ont perdu toute odeur, critérium de la cessation des lavages.

M. Bonnaire a cherché à rendre cliniquement appliquable la méthode de Forgues. Il réalise le lavage de l'intestin à l'aide de grandes entéroclyses tièdes et purge ses malades, en leur faisant absorber, jusqu'à tolérance stomacale, de l'eau de Sedlitz. Ce traitement est continué pendant plusieurs jours jusqu'à libération complète de l'intestin et désodorisation des egesta de lavage intestinal, qu'il obtient plus rapidement en ajoutant un quart d'eau oxygénée à 10 vol. au liquide de l'entéroclyse.

Cette thérapeutique, aidée du massage de l'angle iléo-pelvien du colon (Geoffroy) aboutit rapidement à la diminution, puis à la cessation des vomissements et à la reprise progressive de l'alimentation.

On voit ainsi des malades sortir des maternités, reprendre leurs habitudes, oublier l'hygiène de leur tube digestif et rentrer dans les services avec une récidive de leurs vomissements.

Condamin (de Lyon) provoque l'élimination des toxines intestinales par les injections rectales de sérum artificiel et met l'estomac au repos absolu pendant 8 à 10 jours, au bout desquels il permet quelques gorgées de liquide jusqu'à reprise de l'alimentation normale.

Behm (de Berlin) a eu recours à une thérapeutique analogue dans plusieurs cas graves avec un succès complet.

Dès que l'estomac devient tolérant, il convient de choisir les aliments les moins aptes à produire des toxines intestinales : la diète

hydrique d'abord, le lait écrémé ensuite, puis le lait pur, l'eau de Vals, de Vichy, devront faire partie de la diététique.

L'alimentation ordinaire ne sera permise qu'à partir du moment où l'analyse des urines démontrera l'absence de tout phénomène d'intoxication.

Il est des cas où la thérapeutique de désintoxication la mieux conduite échoue. Si l'on se trouve à la première période des vomissements incoercibles, l'amaigrissement existant seul sans symptômes inquiétants, on doit se rappeler que l'hystérie est souvent en cause. C'est le moment de faire appel à certaines médications, en apparence paradoxales, qui ont donné des succès : le changement d'air, une émotion violente, la suggestion à l'état de veille ont pu amener la cessation des vomissements. L'isolement des malades est parfois indiqué.

Un grand nombre de médicaments ont été préconisés : opium, chloral, eau chloroformée, potion de Rivière, cocaïne, bromure de potassium, etc. Ne pas trop compter sur leur action favorable, craindre, au contraire, leurs effets toxiques sur le foie, les reins. Mieux vaut essayer les inhalations d'oxygène, les pulvérisations d'éther au creux épigastrique, la glace sur la colonne vertébrale, le lavage de l'estomac, l'hydrothérapie.

L'électrisation du pneumogastrique, par un courant descendant de 8 à 10 milliampères, a été suivie d'un heureux résultat.

Il faut savoir enfin que quelques malades ont pu guérir d'une façon inattendue par l'ingestion d'un aliment, réputé très indigeste, mais ardemment désiré. Au médecin de voir jusqu'à quel point il doit obéir à ces caprices de l'estomac.

Pendant toute la période de repos absolu imposé à l'estomac, on a pensé pouvoir sustenter les malades par les lavements alimentaires. Il importe de ne pas leur accorder une confiance exagérée ; l'état d'atonie du tube digestif se refuse à toute absorption, et malgré ces lavements l'état général périclite.

Voilà pourquoi si les vomissements persistent malgré le traitement médical il faudra penser au traitement obstétrical.

Redresser un utérus dévié, cautériser un col ulcéré, y appliquer des topiques médicamenteux (tampons à l'icthyol, à la cocaïne, à la belladone, etc.), constitue, si l'on veut, une méthode obstétri-

cale, à tenter lorsque l'indication se présente, mais plus obstétricale déjà sera la dilatation du col, érigée en méthode par Copeman ; pratiquée avec le doigt, avec de la gaze stérilisée, une tige de liminaire, elle a pu réussir en permettant la continuation de la grossesse.

Le plus souvent, il faut le dire, elle n'est que le premier temps de l'intervention obstétricale proprement dite, l'interruption artificielle de la grossesse.

L'évacuation artificielle de l'utérus constitue notre ultime ressource contre les vomissements incoercibles. Pratiquée d'emblée si l'on a porté le diagnostic ferme de grossesse molaire, elle demande à être discutée dans les autres cas et réclame des indications nettes et précises.

On se trouve, en effet, placé entre deux alternatives, ou bien sacrifier trop prématurément les intérêts de l'enfant, ou bien risquer de perdre à la fois la mère et l'enfant en différant trop l'intervention.

P. Dubois, qui a divisé les vomissements incoercibles en trois périodes, recommandait la provocation de l'avortement avant l'apparition de la troisième période, caractérisée par des accidents cérébraux. A cette période, la mort arrive presque fatalement ; elle peut même être précipitée par l'intervention.

C'est au cours de la deuxième période (période fébrile de P. Dubois), caractérisée par l'accélération du pouls, que l'indication se pose, non pas d'emblée, mais après échec de tous les autres procédés thérapeutiques, auxquels il faut savoir renoncer à temps, c'est-à-dire vers la fin de cette deuxième période.

Le tableau clinique est le suivant : amaigrissement considérable, faiblesse extrême, tendances syncopales, vomissements incessants (ne pas se fier au calme trompeur de la troisième période), facies terreux ou jaunâtre, accélération très marquée du pouls (100-130) qui devient petit, dépressible, souvent inégal.

Ajoutons à cela une oligurie marquée (300 à 600 grammes d'urine en 24 heures), de l'albuminurie, de l'urobilinurie, des symptômes de névrite périphérique, nous aurons décrit les principaux phénomènes que le clinicien doit étudier et observer, en présence desquels il doit songer à intervenir radicalement.

Le moment précis est délicat à déterminer : M. Pinard interroge surtout le pouls ; bat-il au-dessus de 100 de façon permanente, le danger devient imminent : il faut évacuer l'utérus.

Charpentier a attiré l'attention sur l'amaigrissement et intervient dès que l'on note pendant une semaine une courbe de déperdition de poids atteignant 300 grammes par jour.

La perte du tiers du poids primitif indique le moment de vider l'utérus.

La dissociation du pouls et de la température (T. au-dessous de 36, P. 140-160) est un symptôme grave de grande valeur.

A ces indications tirées de la clinique, en général suffisantes pour une indication ferme, il y a lieu d'ajouter celles fournies par le laboratoire.

Tuskaï a voulu tirer une indication thérapeutique de l'état du sang. Il a constaté, au début, une diminution du nombre des hématies, avec alcalescence augmentée ; à la fin de la deuxième période, il signale l'apparition de nombreux gros lymphocytes mononucléés, qui marquent le moment où il n'est plus permis d'attendre.

C'est en se basant sur tous ces signes, bien étudiés et observés avec un ou plusieurs confrères, que le médecin décidera, en science et en conscience, l'interruption de la grossesse.

Il y procédera par les moyens classiques : Soude de Kraüse, ballon de Tarnier, de Champetier, tige de laminaire, tamponnement du col et du segment inférieur à la gaze stérilisée ; en cas d'extrême urgence, dilatation rapide du col avec les bougies de Hégar, le dilatateur de Bossi et curage digital de la cavité utérine, complété au besoin par le curettage.

22. — **Influence des tumeurs fibreuses de l'utérus sur la grossesse**. — Nord Médical, 1904.

23. — **Quatre observations de tumeurs fibreuses de l'utérus compliquant la grossesse et l'accouchement. — Considérations sur le diagnostic** — L'Obstétrique, 1903.

Ces observations, provenant des malades que nous avons pu suivre, viennent montrer à nouveau que tantôt la grossesse est

normale, tantôt compliquée, que l'accouchement a pu être terminé grâce à l'ascension de la tumeur.

Dans un cas, la myomectomie abdominale fut pratiquée par le professeur Pozzi ; la grossesse continue son cours pendant six semaines. Des hémorrhagies survinrent alors qui amenèrent l'expulsion du fœtus.

Dans ce mémoire, nous avons étudié aussi complètement que possible la question du diagnostic différentiel : 1° de la grossesse et des fibromes utérins ; 2° des fibromes utérins compliquant la grossesse.

24. — **Des rapports des tumeurs fibreuses de l'utérus avec la grossesse.** — Mémoire inédit, présenté à l'Académie de Médecine pour le prix Capuron (1902). — Récompensé.

25. — **Kyste de l'ovaire et grossesse.** — Nord médical, 1er janvier 1902.

Observation résumée :

L. Pauline est venue à la Clinique en mai 1900, « pour y accoucher », car elle se croyait enceinte.

M. le professeur Gaulard et moi reconnûmes un kyste de l'ovaire et pas de grossesse. Nous pratiquâmes l'ovariotomie. La tumeur, examinée par M. le professeur Curtis, semble de nature maligne et la récidive est à craindre. La guérison semble complète ; les règles reviennent régulièrement ; pas de douleurs abdominales.

25 décembre 1900, dernière apparition des règles, bientôt vomissements. Vers le 4me mois, ils deviennent plus fréquents ; en même temps trouble de la miction : pollakyurie, dysurie.

Au cours du 5me mois, la malade remarque que son ventre augmente de volume, mais surtout du côté gauche ; du même côté, douleurs assez vives pour empêcher le sommeil. Mouvements actifs du fœtus perçus à droite.

Le ventre s'accroît de plus en plus du côté gauche, la dysurie augmente, les douleurs sont de plus en plus pénibles. Etat général

altéré : diminution de l'appétit, amaigrissement notable, déperdition des forces.

Entrée de la malade à la Clinique, le 20 juillet 1901.

Diagnostic de la grossesse facile : dans le flanc droit, tumeur remontant à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, ayant la consistance de l'utérus gravide, se contractant par intervalles. Parties fœtales, battements du cœur perçus. Tête fœtale mobile au-dessus du détroit supérieur Excavation libre.

Dans le flanc gauche est une autre tumeur refoulant l'utérus à droite et le surmontant d'un travers de main ; elle est mate à la percussion et la matité ne se modifie pas avec les changements de position de la malade. Pas de fluctuation ; tension modérée ; sensation de bosselures à la surface.

Circulation abdominale complémentaire. Au jour frisant, sillon de séparation entre l'utérus et la tumeur.

Diagnostic facile à porter, surtout en raison des antécédents : grossesse de sept mois environ, compliquée de kyste de l'ovaire multiloculaire.

En quelques jours, la tumeur remonte jusqu'à l'appendice xyphoïde.

Le 28 juillet, on n'entend plus les battements du cœur fœtal.

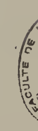
Le 3 août, laparatomie : extraction avec la main de nombreuses masses gélatiniformes On arrive enfin sur un pédicule très friable qui se rompt une première fois après ligature. Une seconde ligature tient mieux.

Après toilette de la cavité abdominale, le ventre est fermé et le pansement appliqué.

Deux heures après, injection de morphine. Mais, le soir même, contractions utérines qui amènent l'expulsion du fœtus pesant 1.800 grammes. Il est sans vie et la mort remonte à plusieurs jours.

La malade sort guérie le 25me jour.

Cette observation nous a fourni l'occasion de rappeler succinctement les rapports des kystes de l'ovaire avec la grossesse. Elle nous montre une fois de plus l'influence de l'état de gravidité sur le développement des tumeurs ovariques. Voici, en effet, une malade opérée depuis un an d'un kyste de l'ovaire ; elle semble



guérie. Survient une grossesse et en quelques mois une nouvelle tumeur ovarique se développe

Dans le cas particulier qui nous occupe, le kyste n'a subi qu'une augmentation de volume ; il est exposé à d'autres accidents : 1 la torsion du pédicule, plus fréquente du 2me au 4me mois, devenant plus rare jusqu'à la fin de la grossesse, pour reprendre une fréquence relative au moment de l'accouchement ou pendant les suites de couches.

La torsion est brusque ou lente.

2° La suppuration, même en dehors de toute ponction ; souvent conséquence de la torsion du pédicule.

3° La rupture du kyste ; l'utérus gravide et le kyste se développant simultanément, leur compression réciproque augmente de plus en plus, si bien qu'à un moment donné la paroi kystique, moins résistante, ayant atteint sa limite d'élasticité, éclate au point le moins soutenu, généralement à la partie supérieure.

Pendant le travail, la compression d'un kyste abdominal peut être suffisante pour en amener la rupture ; mais ce sont surtout les kystes pelviens qui subissent ce sort.

4° Les hémorrhagies intra-kystiques sans torsion du pédicule.

5° Les poussées de péritonite.

La grossesse peut être troublée.

Un kyste petit occupe le plus souvent le cul-de-sac de Douglas ; s'il est libre, l'utérus le refoule au-dessus du détroit supérieur et la grossesse n'est guère gênée. S'il est adhérent, apparaissent des troubles de compression : vessie-rectum.

Un kyste volumineux occupe la cavité abdominale ; s'il est adhérent, il est capable, en couvrant le détroit supérieur, d'empêcher l'ascension de l'utérus : d'où sa rétroversion. S'il est libre et bien pédiculé, il monte avec l'utérus dans la cavité abdominale ; il est placé tantôt à côté, tantôt en avant ou en arrière de l'organe gestateur.

L'exagération de volume du ventre détermine un ensemble de phénomènes anormaux : troubles de la miction, douleurs abdominales, accidents cardio-pulmonaires, digestifs, œdème des membres inférieurs, des grandes lèvres, etc.

Tous ces troubles sont d'autant plus accusés que l'accroissement du kyste est plus rapide.

On comprend ainsi pourquoi la grossesse est parfois interrompue. Cependant cette interruption est relativement rare. Elle peut être due à la rétroversion de l'utérus, à ses adhérences avec le kyste (Guéniot), aux différents accidents dont le kyste est le siège.

La mort du fœtus a été observée. Tel est le cas de notre observation. Il en fut de même dans un second fait que nous avons suivi. Après ovariotomie, le soir même, fut expulsé un fœtus macéré.

Le travail de l'accouchement est souvent troublé par un kyste de l'ovaire.

Une tumeur abdominale dévie l'utérus, occasionne des douleurs qui font hésiter la femme à se servir de la presse abdominale. Règle générale, il n'y a pas dystocie.

Les kystes pelviens sont plus souvent dystociques.

L'accouchement peut cependant se faire dans certaines conditions : kyste petit et susceptible d'aplatissement, ascension d'une tumeur ovarique libre et pédiculée, rupture du kyste.

Une tumeur adhérente, un kyste dermoïde logé dans le cul-de-sac, a été entrainé par la tête fœtale tirée par le forceps, a rompu le vagin et est apparue à l'orifice vulvaire (Luschka et Berry).

Délivrance souvent facile, sinon délivrance artificielle.

Pendant les suites de couches, une tumeur ovarique qui a été longtemps comprimée peut s'enflammer, suppurer, se sphacéler et se rompre.

En résumé, une femme enceinte, en travail, ou accouchée, portant un kyste de l'ovaire, est exposée : d'une part à des malaises plus ou moins accusés, d'autre part à des accidents graves, rapidement mortels. Le fœtus est également compromis, soit par sa naissance prématurée, soit par les interventions pendant l'accouchement.

De là question de thérapeutique importante.

Nous devons envisager le traitement :

1° Pendant la grossesse :

L'expectation n'est guère acceptable que dans les cas où la tumeur petite, stationnaire, ne déterminant pas d'accidents, n'est

diagnostiquée que dans les derniers mois. Opérer à cette époque expose le fœtus à une naissance prématurée.

Les méthodes thérapeutiques véritables sont de deux ordres : les unes s'adressent à la grossesse elle-même, les autres à la tumeur.

L'interruption provoquée de la grossesse doit être rejetée, elle sacrifie le fœtus, sans avantage pour la mère, qui reste avec sa tumeur.

Restent les méthodes thérapeutiques qui s'adressent à la tumeur : la ponction et l'ovariotomie.

La ponction est inutile en présence d'un kyste multiloculaire ou d'un kyste dermoïde. Elle peut avoir sa raison d'être pour certains kystes du parovarium.

Faut-il la rejeter complètement ? Avec un kyste uniloculaire, chez une femme enceinte qui axphyxie, le praticien fera une ponction d'attente pour soulager sa patiente, se réservant d'intervenir bientôt d'une façon plus efficace.

La ponction n'est curatrice que dans certains cas exceptionnels ; elle est dangereuse : péritonite par épanchement de liquide kystique dans le péritoine, torsion du pédicule, adhérences du kyste à la paroi abdominale, avortement ou accouchement prématuré, blessure de l'utérus.

L'ovariotomie, préconisée par Spencer Wells et Schroeder, par Terrillon et Valat, est l'intervention de choix. « Pendant la grossesse, tout kyste de l'ovaire diagnostiqué doit être enlevé » (Pinard).

Quels sont ses résultats ? En 1886, Rémy relève une mortalité maternelle de 15 % ; en 1882, Dsirne ne trouve que 5,9 % ; en 1894, Vinay donne 4,09 % de mortalité.

En ne tenant pas compte de l'âge de la grossesse au moment de l'intervention. Olshausen constate l'interruption prématurée dans 20 % des cas.

Dsirne a comblé cette lacune : ovariotomie à 3 et 4 mois, accouchements à terme 85 à 90 % ; dans les deux premiers mois, et dans les cinq derniers, la grossesse ne continue son cours que 55 à 63 %. C'est également aux 3e et 4e mois que la mortalité maternelle est moindre : c'est donc le moment d'élection.

Mais, quel que soit l'âge de la grossesse, l'ovariotomie est la seule ressouree en présence d'aecidents menaçants.

Sur 20 ovariotomies doubles, 15 fois aecouehement à terme

Y a-t-il une teehnique spéciale pour l'ovariotomie pendant la grossesse ?

M. Pinard (in thèse Cocard) n'admet pas le plan ineliné ; l'utérus tiraillerait ses ligaments, serait plus exposé à l'air, ee qui détermine des contractions de l'organe.

Ineision abdominale aussi petite que possible ; ne pas ponetionner l'utérus, qui est rouge bleuâtre sombre, au lieu du kyste, qui est blanc ou blanc bleuâtre, quelquefois verdâtre ou brunâtre.

Détacher les adhérenees lentement ; drainage aussi restreint que possible.

Sutures soignées pour éviter éventration ; pansement compressif. Injections de morphine, afin de prévenir les contraetions utérines.

2° Pendant le travail.

Ce sont surtout les kystes pelviens que l'on aura à traiter.

« Il est exceptionnel que l'aecouehement puisse s'effectuer sans intervention » (Pozzi).

Mae-Kerron. 183 eas. 35 fois aecouehement spontané, 12 mères moururent.

Examinons les méthodes opératoires :

Dans un certain nombre de cas de tumeur peu volumineuse, réductible, on a pensé pouvoir faire traverser au fœtus la filière pelvi génitale ; on a employé le forceps, la version, l'enfant étant vivant, l'embryotomie, l'enfant étant mort. Ces opérations sont dangereuses ; elle exposent la tumeur à des froissements, des contusions, des déehirures, des aeeidents inflammatoires ou gangréneux Mae-Kerron donne les chiffres suivants :

Foreeps 14 eas	8 mères mortes. 57 %.
	10 enfants morts. 71 %.
Version 17 eas	6 mères mortes. 35 %.
	10 enfants morts 58 %.
Embryotomie 18 eas :	8 mères mortes. 44 %.

Le refoulement de la tumeur a été tenté un grand nombre de fois avec succès.

Mac-Kerron la préconise : « Une fois le diagnostic posé, on devrait de suite essayer le refoulement, même avant la rupture des membranes ». Le chloroforme, la position genu-pectorale facilitent les manœuvres, qui doivent être exécutées dans l'intervalle des contractions.

Lorsque toute tentative de refoulement a échoué, il y a toujours danger à ne pas intervenir immédiatement.

La ponction est une assez bonne méthode de traitement ; elle devra être adoptée après échec du refoulement dans tous les cas de kystes séreux. Elle échoue dans les kystes dermoïdes, même avec le trocart chauffé de M. Fochier.

Le plus souvent on la pratique par la voie vaginale, exceptionnellement par la voie abdominale.

M. Maygrier lui reconnaît des inconvénients : la tumeur peut fuir devant le trocart ; ultérieurement, le défaut de parallélisme entre l'ouverture de la muqueuse vaginale et celle de la paroi kystique peut entraîner une rétention du contenu du kyste qui se reproduit souvent rapidement. Plus sérieux sont les dangers résultant de l'écoulement du liquide ou du contenu sébacé dans la cavité péritonéale.

L'incision supplée la ponction inefficace.

Mortalité générale après la ponction ou l'incision, 18,6 °/₀.

Le refoulement, la ponction, l'incision étant inefficaces, on peut tenter la basiotripsie, si l'enfant est mort. S'il est vivant, la laparotomie est indiquée.

Le ventre ouvert, on agira différemment suivant les circonstances.

L'ovariotomie est-elle possible, sans trop de difficultés, on enlèvera complètement le kyste (1 obs. de Herbert-Spencer, 2 cas de John-Williams). Elle est souvent difficile pendant le travail, en raison des adhérences qui ont fait échouer le refoulement et de la présence de l'utérus gravide.

« Pour ma part, dit Pozzi, je n hésiterais pas à faire la laparotomie pour reconnaître si l'ablation du kyste est possible ; l'ovariotomie lèverait alors l'obstacle et l'accouchement n'aurait pas de difficulté à se faire. Dans le cas contraire, l'opération césarienne ou l'opération de Porro ne me paraissent pas plus graves pour la

mère que les violences aveugles et excessives exercées par les voies naturelles ; on a en outre l'avantage de sauver l'enfant ».

Tout-à-fait exceptionnellement, on a enlevé le kyste par le vagin.

Si donc l'ablation de la tumeur est impossible par l'une ou l'autre voie, il faut s'attaquer à l'utérus ; l'opération césarienne ou l'opération de Porro sont indiquées. Avec la technique actuelle et en ne différant pas l'intervention, on a des succès :

Staude, Debaisieux, Pinard ont pratiqué avec succès l'opération de Porro ; Robson réussit par la section césarienne ; la malade de Rosner mourut.

3° Pendant les suites de couches :

Si le kyste n'a gêné ni la grossesse ni l'accouchement, on attend que l'involution utérine soit achevée pour l'opérer ; s'il est le siège d'accidents (inflammation, suppuration, torsion du pédicule), il faut l'enlever immédiatement.

26. — **Les kystes de l'ovaire dystociques. — Ovariotomie vaginale traumatique.** — Société d'obstétrique de Paris, 1906.

27. — **Torsion d'un kyste de l'ovaire pendant la grossesse,** — Société obstétricale de France, 1905.

28. — **Observations de grossesse extra-utérines, suivies de quelques considérations sur le diagnostic.** — Nord médical, 15 avril 1903.

Trois faits de grossesse extra-utérine ayant dépassé le sixième mois, que nous avons observés et traités dans le service de M. le professeur Gaulard, forment le sujet de ce mémoire. Ces faits sont intéressants par eux-mêmes et par quelques difficultés du diagnostic, ce qui nous a engagé à reprendre cette étude, que nous avons limitée aux « grossesses ectopiques obstétricales », ainsi appelées par M. Tuffier parce qu'elles vont à l'accoucheur, par opposition avec les « grossesses ectopiques chirurgicales », grossesses jeunes encore, souvent ignorées des malades, qui vont

consulter le chirurgien pour des accidents particuliers (le plus souvent inondation péritonéale) qui réclament une laparotomie immédiate.

Les grossesses ectopiques obstétricales se présentent au médecin dans deux conditions différentes : fœtus vivant ou bien fœtus mort.

Dans le premier cas, l'état de grossesse est certain, reste à savoir si le fœtus est dans la cavité utérine ou en dehors : dans le second, il devient nécessaire de reconnaître d'abord l'état de grossesse, et ensuite sa nature octopique.

I. Le fœtus est vivant

La grossesse ectopique est certaine si l'on constate dans la cavité abdominale deux tumeurs : l'une formée par le kyste fœtal, dans lequel on reconnaît les différentes parties du fœtus ; l'autre formée par l'utérus, plus ou moins hypertrophié, se contractant par intermittences sous la main qui palpe, et dont, à la rigueur, on a reconnu la vacuité par le cathétérisme digital intra-utérin.

Voilà qui est parfait au point de vue théorique ; mais en pratique, la confusion est possible : on prend une grossesse utérine pour une grossesse ectopique ou inversement.

La grossesse utérine peut, en effet, s'accompagner de quelques phénomènes anormaux, tels qu'on les rencontre dans la grossesse extra-utérine ; douleurs dans le bas-ventre, troubles de la miction, pertes de sang, etc.

Ces renseignements font quelquefois penser à une grossesse ectopique dont on va rechercher et trouver d'autres signes par l'examen direct.

Chez une multipare, on sent souvent le fœtus sous la main ; il semble très superficiel. Or la superficialité des parties fœtales a été donnée comme un signe de grossesse extra-utérine. Nous n'ignorons pas combien ce symptôme est trompeur et même rare dans la grossesse ectopique ; il existe cependant dans les grossesses abdominales avec fœtus libre dont le kyste s'est rompu et dont les parois se sont résorbées. C'est ce qui s'est présenté dans notre observation II ; nous connaissons deux cas semblables dus à M. Pinard et un autre publié par Rocchini.

Pour éviter cette cause d'erreur, il suffit de frictionner la paroi abdominale ; en cas de grossesse utérine, on ne tardera pas à provoquer une contraction avec durcissement de l'organe, coïncidant avec la disparition des parties fœtales. Ce changement de consistance ne se produit pas avec les kystes extra-utérins, sauf peut-être dans certains cas de grossesse tubaire se développant jusqu'au voisinage du terme ; on en connaît la rareté.

Chez les multipares, pour peu que le corps de l'utérus, à parois très minces, soit fortement incliné sur le côté, pour peu que le col doublé par la partie inférieure du segment inférieur semble constituer une sorte de tumeur distincte de la précédente et rappelant la forme d'un utérus, on aura vite fait de conclure à la grossesse ectopique. si, à un moment donné, on a observé des phénomènes péritonéaux légers, dus par exemple à une appendicite. M. Lepage a signalé cette cause d'erreur.

La rupture d'un utérus gravide du 6e au 9e mois donne lieu à des symptômes généraux et locaux qui simulent ceux de la grossesse ectopique. Il y a des phénomènes d'hémorrhagie interne, de choc, de collapsus ; on trouve dans l'abdomen deux tumeurs : l'une formée par le fœtus sorti de l'utérus, l'autre constituée par l'utérus lui-même plus ou moins rétracté. Cet accident survenant spontanément chez une femme enceinte, non en travail, peut, en effet, en imposer pour une grossesse extra-utérine.

Un petit kyste de l'ovaire compliquant une grossesse utérine peut faire porter le diagnostic de grossesse ectopique : ce petit kyste est pris pour l'utérus hypertrophié S'il est accessible facilement, on remarquera l'absence de contractions à son niveau.

Les malformations utérines sont des causes d'erreur : avec un utérus didelphe, gravide d'un seul côté, on sent deux tumeurs : l'une formée par la partie non gravide hypertrophiée, l'autre constituée par la partie renfermant le fœtus. On prend la première pour l'utérus, la seconde pour le kyste fœtal, dont elle diffère cependant, car elle forme un globe dur, résistant, *contractile*, *mobile*, caractères qui le distinguent d'un kyste extra-utérin.

L'erreur est plus facile dans les cas où l'un des vagins est fermé à sa partie inférieure et où le fœtus se trouve dans la partie de l'utérus correspondant à ce vagin (obs. de Rossa).

Vu la rareté de la grossesse extra-utérine évoluant après le 6e mois, dit Lepage, ce diagnostic ne doit être accepté qu'avec réserve et après un examen minutieux ».

C'est pourquoi l'erreur inverse est souvent commise ; on croit à une grossesse utérine quand il existe une grossesse ectopique. Ainsi se sont passées les choses dans notre observation II. La malade fut examinée à plusieurs reprises par plusieurs accoucheurs et chirurgiens et on avait porté le diagnostic probable : grossesse utérine compliquée de fibrome, ou rétroversion partielle de l'utérus. Une tumeur perçue dans le cul-de-sac postérieur permettait ces hypothèses ; l'extrême mobilité du fœtus éloignait l'idée d'un kyste extra-utérin, souvent immobile.

Or, il s'agissait bien d'une grossesse ectopique, mais abdominale, sans kyste fœtal, et la tumeur du cul-de-sac postérieur n'était autre chose que le corps utérin lui-même vide, mais hypertrophié, en rétroflexion.

En effet, l'erreur est facile en présence d'une grossesse extra-utérine abdominale primitive ; la plupart des symptômes de grossesse ectopique manquent : pas le moindre accident, le moindre trouble fonctionnel, pas de pertes de sang brun, couleur chocolat ou marc de café, pas d'expulsion de caduque.

Dans ces cas où les commémoratifs font défaut, où le palper ne donne que des signes incertains, il faut attribuer au toucher une certaine valeur : le ramollissement du col, existant pendant la durée de la grossesse ectopique, ne dépasse que rarement un certain degré, correspondant au ramollissement que l'on constate du 3e au 4e mois d'une grossesse normale.

II. — Le fœtus est mort

La femme qui se présente à notre examen a une tumeur abdominale plus ou moins volumineuse dont il s'agit de déterminer la nature.

Est-ce une grossesse ? Est-elle utérine ou ectopique ? Voyons les erreurs possibles : fibrome ou kyste de l'ovaire ? Ces tumeurs ont des signes cliniques particuliers ; elles sont en général plus mobiles qu'un kyste fœtal extra-utérin.

Le fibrome présente ordinairement une consistance plus ferme, mais une paroi kystique tendue donne au palper une sensation de résistance assez énergique. Les hémorragies du fibrome sont souvent constituées par du sang pur, celles de la grossesse ectopique par du sang couleur chocolat.

La confusion est facile avec le kyste de l'ovaire : même tension de la tumeur, fluctuation possible. Dans une observation de Routier, le ventre présentait tous les symptômes d'un gros kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Mais les commémoratifs et l'examen détaillé firent porter le diagnostic exact de grossesse extra-utérine.

Dans une observation de Stoltz, une tumeur fibro-plastique des deux ovaires en avait imposé pour un fœtus extra-utérin, à cause des reliefs et bosselures perçus par le palper et des signes de grossesse et de faux-travail accusés par la malade.

Le même auteur signale une erreur inverse :

Une malade, qui s'était crue enceinte, avait éprouvé des douleurs d'enfantement et n'avait pu être accouchée, vint consulter Kœberlé pour se faire enlever une tumeur ovarique reconnue par « un des premiers accoucheurs de l'Allemagne ». L'opération fut pratiquée et Kœberlé fit l'extraction d'un gros garçon, mort, bien entendu.

Voici une observation personnelle intéressante comme erreur de diagnostic :

Femme de 35 ans, n'ayant jamais présenté de symptômes morbides, toujours bien réglée, s'aperçoit que les règles manquent ; quelques phénomènes sympathiques de grossesse se montrent ; le ventre grossit, la malade se croit enceinte.

Le terme normal dépassé, inquiète de ne pas accoucher, elle fait appeler un médecin qui pense à une grossesse extra-utérine avec enfant mort. Ce diagnostic est basé sur les symptômes suivants que M. le professeur Gaulard et moi pûmes constater : abdomen volumineux, sensation de nodosité prises pour des parties fœtales assez superficielles, très mobiles dans la cavité abdominale ; utérus facilement délimitable non gravide.

Ces renseignements, joints à ceux fournis par la malade, nous firent dire : grossesse extra-utérine, variété abdominale primitive, enfant mort depuis peu.

Après ouverture de la cavité abdominale, il s'écoula une certaine quantité de liquide ascitique et la main introduite pour chercher le fœtus reconnut les nodocités perçues au palper, mais n'appartenant pas à un organisme fœtal : il s'agissait d'infiltration cancéreuse de l'intestin et de l'estomac, chez une femme ayant toutes les apparences de la santé.

On voit ainsi que l'erreur de diagnostic se produit dans deux circonstances : ou bien, au palper, on percoit des parties dures, résistantes, qui en imposent pour des parties fœtales, ou bien on ne sent rien qui ressemble à un fœtus et l'on songe à une tumeur. C'est le résultat de la macération du fœtus ; la tête seule continue un certain temps à offrir quelque résistance ; elle offre de plus une sensation de crépitation (Negri-Pinard) qu'il faut rechercher, car elle permet d'affirmer le diagnostic de grossesse.

La grossesse ou mieux la présence d'un fœtus mort est reconnu. Est-il utérin ou extra-utérin ?

Dans un cas de Rocchini, on porta le diagnostic : grossesse utérine compliquée d'hydramnios avec mort du fœtus ; l'accouchement ne se faisant pas. la femme présentant des symptômes inquiétants, on dilata le col de l'utérus ; l'organe était vide. On ouvrit le ventre, on trouva un fœtus macéré de 3 kilos, contenu dans un kyste extra-utérin, dont les rapports avec les organes du petit bassin, le ligament large, coïncidant avec l'intégrité des trompes et des ovaires, permettent d'affirmer son siège abdominal primitif.

L'erreur est donc possible. Peut-on l'éviter ? Que se passe-t-il dans la grossesse utérine avec rétention de fœtus mort ?

Phénomènes généraux : disparition des troubles dits sympathiques de la grossesse ; tant que l'œuf est intact, pas d'accidents infectieux.

Phénomènes locaux : montée laiteuse, absence des battements de cœur fœtal, de mouvements actifs ; arrêt dans le développement et même régression de l'utérus ; quelle que soit la durée de la rétention, les règles ne reparaissent pas, à moins d'utérus double.

Les sensations fournies par le palper sont variables ; elles sont magistralement décrites par MM. Tarnier et Budin :

1° Grossesse de plus de 6 mois, fœtus mort depuis peu : contour de l'utérus facile à limiter ; résistance ferme et particulière du

fœtus vivant absente. Contraction utérine caractéristique. On peut quelquefois faire le diagnostic de la présentation, mais il arrive aussi que l'on ne perçoit que la crépitation des os du crâne Le col ramolli n'offre rien de particulier, le segment inférieur est développé.

2° Fœtus mort depuis un temps plus ou moins long, et il reste une notable quantité de liquide amniotique.

L'utérus cesse de s'accroître ou diminue de volume, il est mou, difficile à délimiter; ballottement abdominal peu ou pas perceptible.

Certaines femmes éprouvent, en se couchant sur l'un ou l'autre côté, la sensation d'un corps pesant qui se déplace.

3° Fœtus mort depuis plusieurs semaines, liquide amniotique résorbé.

Tantôt l'utérus et son contenu forment une tumeur tellement mollasse qu'on ne peut plus la délimiter, ni au palper, ni au toucher; tantôt ils forment une tumeur de consistance ligneuse.

Que se passe-t-il dans la grossesse ectopique?

Ici encore nous constatons la montée laiteuse, la disparition des battements du cœur fœtal, des phénomènes sympathiques de grossesse, la perception de plus en plus difficile des parties fœtales, la crépitation des os du crâne. Ce sont là des signes communs

Mais il y a des dissemblances : si la rétention du fœtus mort persiste sans accidents, on voit les règles revenir, deux mois après la mort du fœtus. La tumeur formée par le kyste fœtal extra-utérin, ne diminue pas toujours de volume ; quelquefois même elle augmente, surtout au moment des règles. Le col utérin reprend sa consistance normale.

A aucun moment on ne pourra percevoir l'état de dureté ligneuse signalée dans la grossesse utérine ; il n'y a pas non plus de contractions intermittentes.

Contrairement à la rétention du fœtus mort in utero, la rétention d'un fœtus extra-utérin peut se compliquer d'accidents infectieux en dehors de toute ouverture du kyste, qui survient à titre de phénomène secondaire à la suppuration Cette ouverture se fait soit au niveau de la paroi abdominale, soit dans le rectum, le vagin, etc., elle donne issue à des débris fœtaux C'est ainsi que parfois le diagnostic est porté.

Il se produit enfin au cours de la grossesse ectopique des phénomènes douloureux qui lui sont particuliers, désignés sous le nom de faux-travail. Se déclarant à terme ou près du terme, il ne permet pas d'ignorer la grossesse extra-utérine, car :

1° L'état de col ne se modifie pas ; pas d'effacement, pas de dilatation.

2° Les douleurs abdominales ne correspondent pas à un durcissement de la tumeur abdominale ; rechercher alors si elles correspondent au durcissement d'une petite tumeur latérale formée par l'utérus vide.

3° Un écoulement sanguignolent, accompagné de l'expulsion d'une caduque, caractérise la grossesse ectopique.

En résumé, le diagnostic, parfois facile, est quelquefois difficile, impossible ; d'où la recommandation de s'assurer de la vacuité de l'utérus par le cathétérisme digital avant toute intervention.

ACCOUCHEMENT NORMAL. — DYSTOCIE

29. — **Note sur l'effacement du col.** — Société obstétricale de France, 1895.

Quelques mots d'historique : pour Mauriceau, le col commence à diminuer de longueur après le sixième mois, pour Levret au huitième mois avant le terme. De même Puzos, Smellie, Petit, Baudelocque, Mme Boivin, Dubois, Velpeau, considèrent l'effacement du col comme un phénomène se produisant pendant la grossesse, au moins un mois avant le terme.

En 1826, dans sa thèse, Stoltz déclara que le col conserve toute sa longueur jusqu'à la dernière quinzaine, mais que dans les quinze derniers jours il s'efface.

Les travaux de Braune, Bandl, Bayer, nous ramènent presque aux idées de Mauriceau et de Levret, puisque Bandl admet que le col s'ouvre à partir du septième mois du côté de son orifice interne.

D'autres auteurs sont d'avis que le col ne s'efface pas pendant la grossesse : De Graaf, Verheyen, Taylor, Weitbreicht, Schrœder, Hofmeier, Waldayer, Pinard, Varnier, etc.

Aujourd'hui encore la question n'est pas résolue et nous trouvons des partisans convaincus des deux théories, l'une admettant l'effacement du col pendant la grossesse, l'autre regardant la persistance de la longueur normale du col jusqu'au moment du travail comme étant la règle.

Nous sommes persuadés que les deux théories sont exactes et peuvent se rencontrer en clinique. Il y a des cols qui s'effacent et d'autres qui ne s'effacent pas pendant la grossesse. C'est ce qui

nous fut permis de constater par des recherches cliniques faites en collaboration avec le Docteur Thibaut, qui les consigna dans sa thèse.

Ayant pratiqué un examen minutieux et répété d'un certain nombre de femmes enceintes, examen répété tous les jours ou tous les deux jours afin de suivre pas à pas les modifications du col, nous avons constaté que le plus souvent le col s'efface pendant la grossesse, dans ses derniers jours. Plusieurs fois, le col a été trouvé complètement effacé et le travail ne s'est déclaré qu'un certain temps après.

D'autres fois, au contraire, nous avons vu le travail survenir alors que le col avait toute sa longueur.

Pourquoi cette diversité, c'est ce que nous avons essayé de trouver.

L'effacement du col constitue le premier temps du travail dans deux catégories de faits :

1° Quand la partie fœtale, pour un motif quelconque, ne s'engage pas pendant la grossesse (présentation de l'épaule, du siège, de la face, rétrécissement du détroit supérieur, insertion vicieuse du placenta, hydramnios, exagération de volume de la tête, etc.) ;

2° Dans certains cas d'accouchement prématuré.

Tout le monde sait que, chez les primipares au moins, l'engagement de la partie fœtale est de règle dans les derniers temps de la gestation. Or, en descendant dans le bassin, la tête presse sur le col et détermine deux espèces de phénomènes. D'une part, elle écarte mécaniquement ses parois l'une de l'autre, l'ouvre et le développe, et, d'autre part, elle excite ses fibres musculaires Cette excitation produit des contractions réflexes dans le corps utérin.

Si cette action dynamique se maintient dans des limites modérées, la femme éprouve bien quelques douleurs pendant un temps variable, mais tout bientôt rentre dans l'ordre, le col s'efface peu à peu et la grossesse continue, parfois pendant plusieurs semaines encore, de telle sorte qu'au début du travail on ne trouve plus qu'un moignon de col.

Dans d'autres cas, au contraire, l'utérus étant plus facilement excitable, le travail s'établit dès ce moment. L'effacement du col

est alors le premier temps de l'accouchement, mais de l'accouchement avant terme. Les preuves de cette assertion se trouvent dans les commémoratifs et le poids de l'enfant.

Nombre d'observations nous ont montré ce fait que l'enfant pesait souvent moins de 3.000 grammes quand l'accouchement se faisait le col ayant conservé toute sa longueur.

30. — **La poche des eaux dans la grossesse gémellaire. Ses particularités. Causes d'erreur de diagnostic.** — L'Obstétrique, novembre 1896

La sensation d'une double poche des eaux, ou plus exactement d'un sillon, transversal ou antéro-postérieur, sur une poche membraneuse qui semble unique, est un signe de grossesse double. Depuis Mme Lachapelle, plusieurs observations en ont été publiées (Dugès, Depaul, Léopold, Pinzani, Danlos, Auvard, etc.).

Sentir successivement deux poches des eaux est également un signe de gémellité.

Il y a cependant là une cause d'erreur que nous avons rencontrée et signalée.

Chez une femme dont l'abdomen était fortement distendu et faisait songer à la possibilité d'une grossesse gémellaire, je portai, par le palper, le diagnostic de grossesse simple, avec un gros œuf. La poche des eaux intacte ne présentait rien de particulier.

A la dilatation complète, l'interne rompt les membranes ; il y a écoulement assez abondant de liquide amniotique.

Un peu plus tard, je revois la parturiente et le toucher permet de sentir la tête à nu, ayant accompli son mouvement de rotation interne. Mais au-dessus de cette tête, derrière la symphyse pubienne, je sens une poche des eaux en boudin, qui vient à peu près jusqu'à la vulve. Le doigt glisse facilement entre cette poche et la tête.

Je crois, comme Smellie, sentir une seconde poche amniotique et reviens à l'idée d'une grossesse double : l'une des cavités amniotiques serait ouverte, l'autre serait intacte et ferait saillie à côté de la présentation constatée au toucher.

Mais, au palper, rien n'indique une grossesse double : s'agit-il

d'un cas où les fœtus sont placés l'un devant l'autre ? Ou bien cette deuxième poche appartiendrait-elle à un deuxième œuf dont le fœtus aurait succombé au cours de la gestation et qu'il serait impossible de découvrir au palper ? La forme en boudin de cette poche amniotique semble faire pencher vers cette interprétation, l'extensibilité des membranes, lorsque le fœtus est mort, étant chose connue.

Je surveille l'accouchement tout en ménageant l'intégrité de cette deuxième poche.

La tête fœtale arrive à la vulve, chassant devant elle la poche en boudin, qui est transparente et ne semble formée que d'une seule membrane ; elle éclate pendant le dégagement de la tête : il s'écoule un peu de liquide clair.

L'enfant pèse 4.870 grammes. Il est unique.

En examinant le délivre, on observe une dissociation de l'amnios et du chorion ; en divers points il y a de petites poches amniochoriales. Celle que l'on avait perçue au-dessus de la tête était une poche plus volumineuse.

Donc la sensation d'une poche à côté d'une partie fœtale à nu n'implique pas toujours une grossesse double. Il n'en est pas moins vrai que le fait ici rapporté doit être considéré comme exceptionnel.

31. — **Etude anatomique et clinique d'un bassin rachitique pseudo-ostéomalacique**. — Bulletin de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pœdiâtrie de Paris, 1903.

32. — **Grossesse et accouchement dans les cas de fœtus volumineux**. — Presse médicale, 3 septembre 1898.

Quand on parle d'excès de volume du fœtus, on a surtout en vue des enfants dont le poids à la naissance atteint ou dépasse 5.000 grammes. On les rencontre rarement.

En raison des complications qui en résultent pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement il est intéressant de savoir faire le diagnostic de fœtus volumineux.

L'interrogatoire consiste à rechercher les causes invoquées par les auteurs comme ayant une influence sur le développement du fœtus : âge de la mère, multiparité, menstruation, durée de la grossesse, taille du père, accouchements antérieurs.

Il est question à ce propos du travail de La Torre ; une cause certaine du développement du fœtus est l'hospitalisation des femmes enceintes dans les derniers mois de la grossesse. Elle agit de deux façons : 1° en empêchant l'accouchement de se produire prématurément ; 2° en permettant aux futures mères de s'alimenter dans de bonnes conditions. M. le professeur Pinard et ses élèves ont montré les heureux effets de la « puériculture intra-utérine ». Malgré tout, l'excès du volume reste une exception. Ceci dit afin d'attirer l'attention du médecin sur le régime alimentaire des femmes enceintes.

J'ai assisté dans son accouchement la femme d'un boucher, qui avait présenté, pendant toute sa grossesse, un appétit exagéré. L'extraction de l'enfant fut très pénible : c'était une fille pesant 5500 grammes.

L'inspection dénote un développement exagéré de l'abdomen. Mais s'agit-il d'un gros enfant, d'hydramnios, de grossesse gémellaire, de grossesse simple, compliquée d'ascite, de kyste de l'ovaire, de tympanisme intestinal, de physométrie ?

Le palper et la percussion nous fournissent la plupart des éléments de ces diagnostics différentiels.

La présentation étant celle du sommet, c'est le palper mensurateur qui va nous renseigner sur les proportions relatives de la tête fœtale et de la capacité du bassin.

En l'absence de rétrécissement du bassin, il y a lieu de tenir compte de quelques causes d'erreur signalées par M. le professeur Pinard : 1° réplétion de la vessie ou du rectum ; 2° insertion du placenta sur le segment inférieur. La première est facile à éviter ; la seconde nécessite une exploration attentive : « le palper mensurateur démontrera que la tête s'applique mal sur l'aire du détroit supérieur. Elle reste pour ainsi dire suspendue au-dessus, et, quand les mains la fixent en essayant de l'engager, on éprouve une sensation de mollesse. On sent que la tête est, en un point, en rapport avec des parties molles ; et cette sensation contraste d'une

façon significative avec la sensation de résistance dure, osseuse, que l'on éprouve quand on fixe la tête en la faisant reposer sur l'angle sacro-vertébral et sur l'arc antérieur du bassin, dans les cas de rétrécissement. » (Pinard).

On a essayé également de mesurer directement la tête fœtale à travers la paroi abdominale avec un compas d'épaisseur (M. Duncan, Tarnier, Bourdin, Perret). Les procédés d'Ahlfeld et de Gonner sont également signalés. Mais la mensuration de l'utérus est plus utile.

Enfin le toucher, lorsque le col est dilaté, permet d'apprécier la longueur de la suture sagittale, qui serait proportionnelle au volume de la tête, et le degré d'ossification de celle ci.

La grossesse, souvent normale, est parfois troublée par quelques phénomènes de compression : gène de la respiration, de la circulation (œdème des membres inférieurs, œdème sus-pubien), des fonctions digestives (vomissements fréquents à la fin de la gestation). L'albuminurie gravidique serait plus fréquente. Le ventre en besace s'observerait surtout chez les multipares.

L'accouchement, qui peut se faire spontanément, est parfois dystocique

Les phénomènes physiologiques subissent les mêmes variations que dans les cas de fœtus normalement développé avec viciation pelvienne concomitante.

Dans l'accouchement spontané, mêmes phénomènes mécaniques que ceux que l'on observe dans les bassins aplatis généralement rétrécis.

Au point de vue de la facilité relative de l'engagement de la tête, il y a lieu de tenir compte de sa réductibilité, facteur du degré d'ossification.

Plus souvent peut-être que la tête, le tronc occasionne une véritable dystocie. Ce sont surtout les épaules et la partie supérieure de la poitrine qui créent des difficultés.

Depuis Levret, Jacquemier, la dystocie des épaules a été étudiée par nombre d'auteurs (Ribemont-Dessaignes, Desmontils, Vilpelle, Couder, Varnier, etc.). Elle se montre, tantôt avant, tantôt après le dégagement de la tête. Le diagnostic est donc à faire dans ces deux conditions.

1° La tète est encore dans l'excavation ; elle reste immobile, malgré l'énergie des contractions utérines. Ce défaut de progression peut être le résultat du volume exagéré de la tête, d'un vice de conformation du bassin, d'une tumeur de l'excavation, d'une résistance anormale du releveur de l'anus ou des organes génitaux externes, d'un défaut de rotation

Aucune de ces causes n'existe, la dystocie des épaules est sans doute en cause. Le diamètre bis-acromial ne pouvant pénétrer dans le bassin, les efforts d'expulsion s'exercent sur lui seul et ne se transmettent plus à la tête qui reste immobile.

2° La tête est dégagée, soit spontanément, soit artificiellement ; mais elle reste appliquée, en position transverse, contre les organes génitaux externes, sur lesquels elle est comme attirée par un ressort. Les tentatives ordinaires de dégagement des épaules sont infructueuses. C'est le diamètre bis-acromial qui résiste, à moins qu'il n'y ait dystocie par une tumeur du tronc du fœtus (ascite, rétention d'urine, reins polykystiques, tumeur sacrococcygienne, etc.) Le diagnostic de ces anomalies se fait par le toucher manuel intra-utérin.

Le pronostic maternel est quelque peu assombri ; surmenage par excès de longueur du travail, lésions des parties molles (vaginescharres-fistules vésico-vaginales ; déchirures du périnée). La rupture utérine est à craindre ; l'inertie post-partum est plus commune, résultant de la surdistension de la paroi utérine et de la longueur du travail : de là, hémorragies ; il y a lieu de tenir compte de la fréquence des interventions.

Le pronostic est également sérieux pour l'enfant. Les uns succombent à l'asphyxie par tétanisme utérin ou au traumatisme instrumental ; les autres naissent vivants, mais avec des lésions diverses : enfoncements du crâne, fracture de l'humérus, des clavicules, paralysies du plexus brachial, etc. La vie de l'enfant est surtout exposée dans les cas d'extraction par le siège.

C'est ainsi que l'étude du traitement est pleinement justifiée.

Conduire une grossesse jusqu'au terme doit être le but de l'accoucheur. Cependant, le diagnostic de fœtus volumineux étant posé, la dystocie devant exister, la question de l'accouchement provoqué peut être discutée, à condition de n'intervenir qu'au



cours du neuvième mois. Il faut cependant savoir que la vitalité d'un enfant ne dépend pas tant de son poids que de son âge d'existence intra-utérine.

Au moment du travail, à terme, la conduite à tenir varie suivant les circonstances : ou bien c'est la tête qui constitue l'obstacle, ou bien ce sont les épaules.

Le forceps sera tenté dans les cas où il semble devoir vaincre les difficultés sans qu'il soit nécessaire de déployer trop de force. Est-il insuffisant, il ne faut pas insister sous peine de nuire au fœtus.

Il serait plus souvent préférable de pratiquer d'emblée la symphyséotomie. C'est ainsi que nous avons vu agir le professeur Gaulard ; Varnier avait déjà donné cette indication au Congrès de Moscou ; M. Fieux en a rapporté plusieurs observations.

La symphyséotomie a l'avantage incontestable de vaincre les obstacles apportés par la tête et par les épaules, pour le plus grand bien de la mère et de l'enfant.

La tête est dégagée, spontanément ou artificiellement sans trop de difficultés, sans que l'on ait eu besoin de toucher au bassin, on se prépare à l'extraction du tronc et on éprouve une résistance considérable, que l'on sait dépendre du diamètre bis-acromial.

Peut-être ici encore conviendrait-il de sectionner immédiatement la symphyse pubienne, mais le plus souvent on essaie de dégager les épaules. L'enfant est vivant ; il a droit à tous les ménagements.

Les tractions sur la tête, quand elles sont trop énergiques, peuvent déterminer des déchirures des muscles du cou, des tiraillements des nerfs du plexus brachial et à leur suite des paralysies obstétricales. De plus elles accroissent les difficultés en reportant les épaules sur une région plus évasée de la poitrine, ce qui augmente l'étendue du diamètre bis-acromial, résultat contraire à celui que l'on veut obtenir.

Si la traction porte sur un creux axillaire, on amène l'épaule correspondante vers le sommet du tronc de cône que forme la poitrine, on l'engage avant l'autre. Le diamètre bis-acromial est ainsi diagonalisé et l'on cherche à le faire passer obliquement en l'engageant par une de ses extrémités.

La manœuvre de Jacquemier devient nécessaire en cas de dystocie plus marquée. Voici son but : un tout composé de plusieurs

parties étant trop volumineux pour passer dans un cylindre inextensible, il suffit de le dissocier pour réussir : c'est ce qui a lieu pour le thorax et les deux épaules avec les bras y attenant. On commence par le bras postérieur le plus accessible ; son extraction diminue d'autant le diamètre bis-acromial, ce qui est parfois suffisant pour permettre l'accouchement. Sinon, il faut abaisser de même le bras antérieur. La manœuvre est moins facile ; l'humérus a été souvent fracturé. Sur le conseil de Varnier, il est parfois préférable de transformer le bras antérieur en bras postérieur en faisant exécuter au fœtus un mouvement de rotation.

Cette méthode, avons-nous dit, est très logique, mais sa mise en pratique sera difficile, parfois impossible dans les cas de rétraction marquée de la paroi utérine sur le corps du fœtus.

Si l'on a affaire à une extraction s'annonçant très pénible, dangereuse pour la vie du fœtus, nous pensons qu'il y a lieu de pratiquer la symphyséotomie d'emblée.

En présence d'un fœtus qui a succombé, c'est à la basiotripsie qu'il convient de s'adresser. Malgré tout, l'extraction de la tête sera pénible, parce que les épaules ne suivent pas, mais peu à peu elle sera complète, grâce à l'allongement du cou. Pour le dégagement des bras, moins de précautions à prendre : M. Ribemont-Dessaignes a conseillé de fracturer l'humérus, ce qui facilite la manœuvre. Les tractions simultanées sur la tête et sur les bras défléchis entraînent facilement le reste du tronc.

La cléidotomie, pratiquée par Phœnomenoff, Strassmann, Von Heerf, Knorr, Bonnaire, dans des cas de bassins viciés, peut être applicable à la dystocie que nous étudions, car les conditions sont les mêmes : que le bassin soit normal ou vicié, ce qui importe au point de vue de l'accouchement, ce sont les proportions relatives entre la capacité du bassin et le volume du fœtus.

Notre mémoire se termine par la relation de trois faits de dystocie due uniquement au volume exagéré du fœtus.

Dans le premier il s'agissait d'une présentation de la face, avec procidence du cordon ombilical. A mon arrivée près de la parturiente le fœtus avait succombé. Son extraction, après basiotripsie et abaissement très laborieux des bras, constitua une des opérations obstétricales les plus pénibles que j'ai eu à pratiquer. La mère guérit.

Dans une deuxième observation, le forceps, dont j'abusai, tua le fœtus ; aujourd'hui encore, j'exprime le regret de n'avoir pas fait la symphyséotomie.

La troisième observation a été recueillie à la clinique obstétricale de Lille. La malade avait subi sept applications de forceps avant son entrée ; la tête d'un fœtus anencéphale sortait hors des organes génitaux externes ; l'accouchement n'avait pu être terminé en raison des dimensions exagérées du diamètre bis-acromial. Après examen, le professeur Gaulard, qui a reconnu une déchirure étendue du cul-de-sac vaginal antérieur, termine l'extraction par la manœuvre de Jacquemier. La malade succomba.

33. — **Du thrombus vulvo-vaginal.** — Nord médical, 15 février 1901. — Observation recueillie à la clinique médicale de Lille.

Primipare de 17 ans, accouchée spontanément d'une fille pesant 2.400 grammes, après un travail de 43 heures.

Immédiatement après l'expulsion de l'enfant, l'accouchée se plaint d'une *douleur très vive* au milieu et à la face interne de la grande lèvre gauche. Là, petite tâche légèrement bleuâtre, douloureuse au toucher.

La douleur redouble après la délivrance, mais rien de plus. Deux heures plus tard, *grande lèvre gauche tuméfiée, distendue, du volume d'un œuf de poule ;* en même temps, *crampes frequentes dans les membres inférieurs* et *besoins de pousser continus et irrésistibles*.

Le diagnostic de thrombus vulvaire s'imposait. La compression exercée dans le but d'en arrêter la marche ne fit qu'augmenter les douleurs cuisantes.

Pendant une heure environ, le thrombus continua à se développer et la partie antéro-latérale gauche du vagin commença à se tuméfier. A ce moment, la tumeur avait le volume du poing ; sa partie interne, recouverte par la muqueuse, présentait une *coloration violacée*, presque *noirâtre ;* la partie externe, cutanée, n'avait pas de coloration particulière. Toute la masse était *extrêmement dure* au toucher. Le moindre contact était très douloureux ; la

peau et la muqueuse étaient distendues à l'excès : leur surface était brillante et lisse.

Tout à coup on vit un jet de sang ; la pression avait fait céder la paroi de la poche, à la face interne et à la partie supérieure de la petite lèvre gauche, au niveau d'une éraillure produite par l'accouchement. La malade éprouva aussitôt un énorme soulagement.

L'interne de service essaya de vider la poche, de la comprimer, sans succès ; elle se remplit, se vida de nouveau.

Un écoulement sanguin permanent s'établit, si bien que l'accouchée commença bientôt à présenter un état général inquiétant ; le pouls, devenu très rapide, commençait à faiblir.

C'est alors que je suis appelé près de la malade. J'ouvre largement la poche hématique ; il s'écoule du sang liquide, les caillots sont enlevés ; la cavité fut désinfectée et bourrée de gaze iodoformée ; le vagin fut également tamponné. Pansement vulvaire ; bandage en T. Les douleurs cessèrent immédiatement et l'écoulement sanguin ne reparut plus.

Le pansement fut changé 36 heures après ; pendant les trois premiers jours, T. 38° à 39° ; pansement renouvelé chaque jour ; au 4e jour température normale ; plus de gaze dans la cavité du thrombus, mais dans le vagin. Cicatrisation et guérison en 10 jours.

Autrefois, un tiers des femmes présentant cette complication succombaient ou à l'hémorragie, ou à des accidents infectieux.

Contre l'hémorragie, nous possédons aujourd'hui un traitement général plus puissant que nos devanciers ; cependant cette hémorragie est parfois si abondante et si rapide qu'elle détermine la mort, quoi qu'on fasse : c'est le cas pour le trhombus pelvi-abdominal.

A propos de ce fait, nous avons étudié la thérapeutique adoptée aujourd'hui à l'égard du thrombus vulvo-vaginal.

Deux méthodes sont préconisées, ayant chacune leurs indications : l'expectation, l'intervention.

Que le thrombus se forme pendant la grossesse, pendant l'accouchement ou après la délivrance, toutes les fois que la poche est intacte, qu'aucune manifestation de sphacèle ou de gangrène de la paroi ou de suppuration du contenu n'existe, on observe l'expectation.

Exception sera faite pour un thrombus gênant l'expulsion du

fœtus. Il faut alors l'inciser, terminer l'accouchement et faire le pansement.

Dans deux autres faits observés par nous à la clinique obstétricale de Lille, les thrombus étant de volume moyen et leurs parois intactes, nous nous sommes bornés à comprimer la tumeur avec la gaze iodoformée. En quelques jours l'hématome s'est résorbé et les malades ont guéri sans la moindre complication. La gène et la douleur s'atténuent progressivement en même temps que la résolution s'opère.

L'intervention s'applique aux thrombus ouverts spontanément, aux thrombus fermés mais volumineux et s'accroissant progressivement, aux thrombus menacés de sphacèle, de gangrène, de suppuration.

Cette intervention consiste dans l'ouverture large du thrombus et l'évacuation complète de son contenu.

Faut-il tamponner la cavité ? Cette méthode est indiquée en cas d'infection ; le pansement sera renouvelé chaque jour jusqu'à la chute de la température à la normale.

S'il n'y a pas d'infection, on fera encore le tamponnement de la cavité d'un thrombus volumineux, à titre hémostatique, pendant 48 heures. Ensuite, il est préférable de ne plus tamponner la cavité du thrombus, cette pratique ayant l'inconvénient d'en retarder l'accolement des parois et la guérison.

Mieux vaut exercer une compression sur la surface externe de la poche, à l'aide du tamponnement vaginal et en recouvrant la vulve d'une couche de coton stérilisé maintenu par un bandage approprié.

34. — **Faits cliniques relatifs à la dystocie par rétraction exagérée de l'anneau de Bandl.** — Société obstétricale de France, 1899.

Le deuxième temps de la version par manœuvres internes, l'évolution fœtale, peut se trouver entravé par des causes diverses. Il en est une qui consiste dans les tractions exercées simultanément sur le membre supérieur défléchi à l'aide du lacs qui y est apposé et confié à un aide, et sur le membre inférieur du fœtus. Ces tractions sur le bras empêchent l'ascension de l'épaule dans la cavité utérine, condition nécessaire à l'évolution du fœtus.

La même dystocie mécanique peut être due à l'anneau de Bandl. Rétracté spasmodiquement, il enserre le bras et l'empêche de remonter.

Nous avons signalé deux faits qui établissent ce point de dystocie d'une façon incontestable. L'évolution du fœtus au cours d'une version ne pouvant se faire, nous avons constaté ce resserrement de l'anneau de Bandl sur le bras, qui se trouvait immobilisé.

Il a suffi de dilater avec les doigts et de refouler les bras au-dessus de l'obstacle pour terminer facilement l'opération.

Nous avons également rapporté une observation de rétraction de l'anneau de Bandl, dans un utérus renfermant un fœtus putréfié, avec physométrie, qui força le professeur Gaulard à pratiquer l'opération de Porro.

C'est à propos de ce fait que nous avons traité de la conduite à tenir dans les cas de *putréfaction fœtale intra-utérine*.

Après avoir montré combien les manœuvres manuelles ou instrumentales sont laborieuses et dangereuses, nous faisions remarquer que même après l'extraction la mieux conduite la mère n'est pas à l'abri de tout danger.

Il lui reste un organe infecté, foyer difficile à stériliser en raison de l'envahissement quelquefois profond des parois utérines par les éléments microbiens. Et l'on assiste alors à l'agonie plus ou moins longue de ces malheureuses femmes qui succombent aux progrès d'une infection rebelle à tout traitement.

Après avoir rassemblé un certain nombre de cas de putréfaction fœtale intra-utérine, nous nous sommes trouvé en face d'un chiffre effrayant, 60 % de mortalité.

Les présentations de l'épaule sont les plus graves.

En présence des résultats aussi désastreux de l'intervention obstétricale habituelle, nous avons posé la question de l'opportunité de l'opération de Porro. On enlève ainsi tout le foyer d'infection et la lutte se limite à l'intoxication préexistante.

Il nous était impossible de fixer d'une manière précise les indications de cette intervention et nous disions : au point de vue théorique, on pourrait classer les cas de putréfaction fœtale intra-utérine en s'appuyant sur le degré de physométrie, sur la

température, sur le pouls, sur l'état du péritoine, sur l'état général de la femme. On formerait ainsi trois catégories :

1° Cas légers, pour lesquels suffisent les méthodes opératoires ordinaires, en dehors de tout obstacle à l'intervention par les voies naturelles.

2° Cas graves, passibles de l'opération de Porro avec de grandes chances de succès.

3° Cas désespérés, dans lesquels la mort est inévitable, quoi qu'on fasse.

Depuis cette époque, l'idée fait son chemin ; dans notre mémoire « Hystérotomie et hystérectomie en obstétrique », nous avons cité une observation de Ferré (de Pau) qui conclut : Cette fois encore, l'opération de Porro a bien répondu aux indications qui étaient les suivantes : 1° Evacuer le produit de conception ; 2° Supprimer le foyer infectieux ; 3° Eviter la contamination du péritoine par le pédicule. Et Varnier, à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pœdiâtrie, se déclare porté à tenter l'opération de Porro dans certains cas de putréfaction fœtale, en se rémémorant la mortalité maternelle considérable qui suit, en pareille occurence, les opérations par les voies naturelles.

M. Demelin partage la même opinion et a enlevé un utérus infecté dans ces conditions.

Un point important est de ne pas confondre la véritable putréfaction fœtale intra-utérine avec la banale « infection de l'œuf », qui cède aux lavages intra-utérins.

35. — **Dystocie par brides et cloisonnements du vagin d'origine congénitale**. — Société obstétricale de France, 1902.

Deux fois nous fûmes aux prises avec des difficultés de cette nature. Dans la première observation, le fœtus, en présentation de l'extrémité pelvienne, était à cheval sur une bride vaginale résistante, très haut située. L'intérêt de ce fait réside surtout dans le diagnostic qui fut hésitant au début. Le traitement a consisté dans la section de la bride entre deux ligatures, en raison d'une hémorragie possible à cause du volume de la bride.

La seconde observation est plus intéressante. Il s'agit d'un cloisonnement transversal complet du vagin ; seul un petit orifice lenticulaire est perméable à un stylet. La dilatation de cet orifice fut d'abord obtenue à l'aide de bougies de Hégar, puis complétée avec les doigts, autant qu'il fut possible : on ne sentait plus alors que la base d'implantation vaginale de ce cloisonnement sous forme d'un bourrelet circulaire résistant.

Cependant, ne doutant pas de sa dilatabilité sous l'effort de la tête fœtale, nous fîmes une première application de forceps. Mais la tête trouva dans cet anneau périvaginal un obstacle invincible.

Quelques heures plus tard, nouvelle tentative, même insuccès. Mort du fœtus. Terminaison de l'accouchement par la basiotripsie.

Quelle conduite tenir dans un cas semblable ? Peut-on sans danger pratiquer des incisions qui porteraient, non sur la cloison, mais sur la paroi vaginale elle-même, ou bien n'est-il pas préférable de recourir à la section césarienne ?

L'intérêt de l'enfant exige autre chose que le forceps qui devient ici aussi dangereux que dans les cas de dilatation incomplète d'un col non dilatable.

36. — **Les présentations de l'épaule irréductibles.** — Le Médecin praticien, 1er janvier 1907.

Toute présentation de l'épaule qui a perdu droit à la version et exige l'embryotomie est généralement désignée sous le nom de « présentation de l'épaule négligée » (Neglected schoulder des Anglais).

Faut-il conserver cette dénomination ? Le médecin, qui rencontre semblable situation du fœtus, doit-il toujours être accusé de négligence, ainsi que l'implique l'expression classique ? Si oui, il devient responsable devant la justice de notre pays, car, de par le code, il aurait commis une négligence, une faute lourde, une maladresse, une imprudence au cours de l'exercice de sa profession. On voit jusqu'où les choses peuvent aller.

Or, s'il est des cas où réellement le médecin peut et doit être mis en cause, scientifiquement parlant, pour insuffisance de diagnostic, et par suite de thérapeutique rationnelle, il en est

d'autres, plus nombreux sans doute, où le médecin se trouve en présence du fait accompli. Sans lui, avant son arrivée près de la parturiente, qu'il peut même ne pas connaître, une présentation de l'épaule s'enclave. Il examine la malade et trouve un utérus, vide de liquide amniotique, étroitement appliqué sur le fœtus situé plus ou moins transversalement . la rétraction utérine est telle que toute tentative de version est absolument impossible, voire même dangereuse. Peut-on dire qu'il s'agit là d'épaule négligée ? Peut-être si l'on veut entendre qu'elle a été négligée par la femme elle-même ; mais qu'en sait-elle ?

C'est pourquoi le terme « présentation de l'épaule irréductible » semble préférable. Il s'applique au fait lui-même, il le caractérise parfaitement, il a le grand avantage de ne faire planer aucun soupçon sur le médecin : il convient de l'adopter.

Pour bien comprendre le mécanisme de l'irréductibilité, il suffit de rappeler très brièvement la structure anatomique de l'utérus gravide près du terme et parturient. Il comprend une région supérieure à parois épaisses très riches en fibres musculaires, le corps utérin ; une région inférieure, à parois minces, le segment inférieur. A leur point d'union, la paroi musculaire, qui se contracte pendant le travail, forme un relief saillant en dedans, auquel on a donné le nom d'anneau de contraction de Schrœder, d'anneau de Bandl.

Son rôle dystocique est bien connu ; son action dans le mécanisme de l'irréductibilité d'une présentation de l'épaule est incontestable. Par sa contracture spasmodique, et mieux encore par sa rétraction exagérée, souvent combinée avec celle du corps utérin tout entier, il oppose un obstacle souvent considérable, quelquefois invincible à l'exécution de la version.

Cette remarque est tellement vraie que, soit dit en passant, M. Bar a proposé de modifier la définition classique de la version de la façon suivante : « La version n'est pas seulement une opération qui consiste à amener au détroit supérieur une partie fœtale qui en est éloignée, c'est encore une opération qui a pour but de faire passer au-dessus de l'anneau de Bandl, une partie fœtale (tête, épaule) qui se trouve au-dessous, et de ramener au-dessous de cet anneau la partie fœtale qui se trouve au-dessus. »

Ceci dit, voyons comment les choses se montrent cliniquement dans les cas de présentation de l'épaule. Deux éventualités sont possibles.

Ou bien le corps utérin, éminemment contractile, a réussi à se libérer de son contenu, et a chassé le fœtus dans le segment inférieur qui, pour le loger, s'est distendu à l'extrême, jusqu'à la rupture imminente. Le fœtus tout entier est situé au-dessous de l'anneau de Bandl : C'est la présentation de l'épaule sous-annulaire ou sous-bandlienne.

Ou bien le corps utérin s'est tétanisé en totalité sur son contenu, son orifice inférieur limité par l'anneau de Bandl s'est plus ou moins étroitement resserré, interdisant toute descente de toute partie fœtale volumineuse. Le fœtus, sauf un ou deux membres, est entièrement contenu dans le corps utérin ; il est au-dessus de l'anneau de Bandl : C'est la présentation de l'épaule sus-annulaire ou sus-bandlienne.

Chacune de ces variétés offre un aspect clinique différent.

Dans le premier cas, la femme a des contractions utérines intenses et prolongées poussant la présentation au maximum de descente possible dans l'excavation ; ce travail laborieux, joint à la distension excessive du segment inférieur, retentit sur l'état général de la femme : son pouls s'accélère, ses traits se tirent, son facies exprime une fatigue intense.

Le ventre présente assez nettement l'aspect bilobé, avec élargissement tranversal à la partie inférieure ; un sillon horizontal, correspondant à l'anneau de Bandl, est visible plus ou moins proche de l'ombilic. C'est l'utérus en sablier, immobilisé dans la cavité abdominale, prêt à se rompre dans sa région amincie.

Le doigt introduit dans le vagin atteint facilement l'épaule plus ou moins descendue ; le membre supérieur y attenant et défléchi sort des organes génitaux ; le cou est facilement accessible.

Dans le second cas, on n'observe pas des contractions utérines régulières suivies de relâchement : l'organe est tétanisé, d'où douleur continue, épuisement par perte d'influx nerveux.

L'aspect du ventre est presque régulièrement ovoïde et ne fait pas pressentir une épaule, le tronc du fœtus s'étant verticalisé. Le palper est rendu impossible ; il permet de constater un seul

signe, la mobilité de l'utérus, qui « flotte au-dessus du segment inférieur comme un ballon sur ses amarres ».

Au toucher, plus de partie fœtale engagée ; le doigt seul est insuffisant ; la main, introduite profondément, traverse le segment inférieur pendant et flasque, et arrive, très haut, sur un orifice à bords résistants, tendus, de consistance ferme, à travers lequel un ou deux doigts vont reconnaître la partie fœtale (souvent un membre supérieur est défléchi, et la main seule est visible à l'orifice vulvaire). On dilate progressivement cet orifice, on finit, après beaucoup d'efforts, par pénétrer dans cette loge supérieure, on recherche le cou et on constate avec angoisse qu'il est presque inaccessible. Cet éloignement du cou, la fatigue musculaire considérable des doigts et de l'avant-bras, que ne peuvent connaître et apprécier que ceux qui l'ont déjà éprouvée, font entrevoir des difficultés opératoires qui ne sont bien connues que de ceux qui les ont rencontrées.

C'est pour m'être trouvé aux prises avec elles, dans deux circonstances, que j'ai eu l'idée de reprendre cette étude, en utilisant surtout les travaux de MM. Budin et Demelin, et la thèse de M. Lavie, inspirée par M. Bonnaire.

Quelle conduite tenir ? C'est là surtout ce qui intéresse le médecin praticien.

En face d'une présentation de l'épaule irréductible, doit-on tenir compte de l'enfant ? La question ne se pose généralement pas, car, presque toujours, quand la version par manœuvres internes est contre-indiquée, par le fait de la rétraction utérine, le fœtus a succombé. Et, de fait, l'auscultation est le plus souvent négative ; dans nos deux observations, le fœtus avait succombé avant notre arrivée près de la parturiente. Donc, l'accoucheur ne doit envisager que l'intérêt de la mère ; c'est dire que seul l'embryotomie s'impose. La technique en est différente suivant les cas.

Dans la présentation de l'épaule sous-bandlienne, le cou est facilement accessible, ou tout au moins le thorax ; l'opération a lieu presque sous les yeux de l'accoucheur, à ciel ouvert, et l'embryotomie se montre relativement facile, plus aisée si le cou doit être sectionné, plus longue, plus pénible, si le thorax doit

être divisé. Tous les embryotomes peuvent être utilisés : les meilleurs instruments sont toujours les ciseaux de Dubois, et l'embryotome rachidien de Tarnier.

Toute l'attention de l'accoucheur doit se porter non seulement sur une lésion possible des organes génitaux avec l'instrument, mais aussi sur la *rupture utérine menaçante*. Aussi, toute technique pouvant traumatiser le segment inférieur en lui imprimant un excès de tension est-elle à rejeter, telle celle qui est conseillée par Braun avec son crochet.

Après hémisection transversale du fœtus, on extrait d'abord le tronc, la tête ensuite, en exerçant de prudentes tractions, et la première partie de l'accouchement est terminée. Un toucher manuel profond permet de reconnaître l'état du segment inférieur.

Dans la présentation de l'épaule sus-bandlienne, les difficultés sont à leur maximum.

Il faut d'abord pouvoir entrer dans la loge utérine fermée par l'anneau de contraction ; la main seule, sous anesthésie complète de la parturiente, est capable de produire le résultat désiré, mais au prix de quelle fatigue ! Et c'est seulement alors, quand on a déjà perdu une grande partie de sa sensibilité tectile, voire même de sa force musculaire, qu'il faut commencer la section du fœtus ou toute autre manœuvre destinée à en faciliter l'extraction.

C'est qu'en effet la technique diffère, suivant que le cou du fœtus est ou n'est pas accessible.

Le cou est-il accessible, il ne peut être ici question d'introduire la main et d'entourer ce cou avec deux doigts : la rétraction utérine s'oppose à cette manœuvre. Il faut se contenter d'appliquer deux doigts légèrement écartés sur la région cervicale, et faire manœuvrer entre eux et à petits coups les ciseaux de Dubois. C'est dire qu'il faut opérer doucement, avec la plus grande prudence et les plus minutieux tâtonnements. Le procédé sous-cutané de Demelin est à conseiller : une boutonnière ayant été faite à la peau, on y fait pénétrer l'extrémité des ciseaux qui vont achever leur œuvre de section sans dépasser les limites de cette ouverture cutanée protectrice.

L'opération sera facilitée si on a pu charger un crochet mousse sur le cou. Dans ces conditions, on a tout avantage à se servir

de l'instrument de Tarnier, qui protège merveilleusement les organes maternels, et dont le maniement est moins pénible pour l'opérateur.

Mais le cou, tout en étant accessible, l'est très difficilement : la technique doit être modifiée.

M. Demelin conseille de défléchir les deux membres supérieurs, de tirer afin d'abaisser l'attache du cou au tronc, de pratiquer la section à l'union des colonnes cervicale et dorsale avec les ciseaux.

Dans notre première observation, nous avons trouvé les deux membres défléchis dans le vagin ; malgré les tractions, il ne fut pas possible d'atteindre le cou suffisamment, pour pratiquer une section exempte de dangers. L'un de ces membres supérieurs était surtout très gênant : nous fîmes donc la brachiotomie. Dès lors, nous pûmes commencer l'embryotomie avec les ciseaux de Dubois, pour la terminer enfin avec l'embryotomie de Tarnier, car, au cours de l'intervention, le cou était devenu assez accessible pour permettre d'y porter le crochet. Après extraction du tronc, qui exigea quelques vigoureuses tractions, il nous fut possible de constater que la détroncation avait été faite à l'union des colonnes cervicale et dorsale, au ras des clavicules (1).

Ainsi donc, la brachiotomie peut devenir un temps nécessaire précédant la section rachidienne. Si le médecin doit bien se garder de la pratiquer dans le but, non prouvé, de faciliter une version, il a parfaitement le droit d'agir ainsi lorsqu'il se propose l'embryotomie. Un bras reste encore pour tirer sur le tronc, et même au pis-aller le cranioclaste, appliqué sur le tronc, résout la difficulté.

Mais le cou peut ne pas être accessible, et c'est la règle dans l'incarcération sus-annulaire. La région fœtale qui se présente dans le champ de l'anneau de Bandl est la région thoracique.

---

(1) L'extraction de la tête seule fut très pénible, malgré une prise solide dans la bouche, on sentait une résistance très vive, qui ne pouvait s'expliquer par la rétraction utérine ; peu à peu, cette tête arriva à la vulve, et brusquement s'écoula une assez grande quantité de liquide citrin. Après quoi, l'extraction fut très facile : il s'agissait d'une volumineuse encéphalocèle.

Que faire en cette occurence ? Plusieurs procédés sont à la disposition de l'accoucheur.

La spondylotomie avec section complète du fœtus au niveau du thorax est chose possible avec les ciseaux de Dubois, avec l'embryotome de Tarnier. Quelque soit l'instrument choisi, l'opération est difficile et assez longue : les ciseaux mordent avec peine sur le thorax peu résistant et fuyant, plusieurs sections osseuses doivent être pratiquées ; le crochet de l'embryotome Tarnier est trop petit pour englober tout le thorax ; c'est à plusieurs reprises qu'il faut replacer l'instrument et sectionner. De semblables manœuvres ne sont pas à la portée de tous.

La nature a indiqué à l'accoucheur comment il doit parfois se comporter. Dans certaines circonstances, on assiste, au cours d'un accouchement en présentation de l'épaule, à la version spontanée ou à l'évolution spontanée. Il était donc légitime de chercher des moyens permettant d'obtenir artificiellement même résultat : de la sont nées la version forcée et l'évolution forcée.

Ces méthodes opératoires doivent être précédées d'une réduction du volume du fœtus, qui s'obtient par l'éviscération, avec ou sans brachiotomie.

Une brèche étant faite avec les ciseaux à la région thoracique ou à la région abdominale suivant les cas, les doigts de l'accoucheur pénètrent dans les cavités thoracique et abdominale, dilacèrent les différents viscères fœtaux et les amènent au dehors.

Ceci fait, s'il y a de la place, on peut introduire la main dans l'utérus, saisir les pieds et faire la version (Procédé de Giuseppe Porta) Si la recherche et la saisie des pieds sont impossibles, on applique un crochet mousse sur le siège fœtal ou sur la partie inférieure de la colonne vertébrale, grâce auquel des tractions énergiques produisent la version forcée (Procédé de R. Lee).

La version forcée, peu dangereuse lorsque le fœtus est inclus dans le corps utérin proprement dit, peu prédisposé à la rupture, présente l'avantage de se rapprocher de la version podalique interne, de conserver le tracteur naturel constitué par le tronc fœtal pour l'extraction de la tête dernière.

L'évolution forcée diffère peu de la version forcée ; après éviscération, section de la colonne vertébrale si possible, un

crochet mousse est appliqué sur la partie inférieure du tronc ; les tractions amènent le glissement du plan latéral et réalisent le mécanisme naturel de l'évolution spontanée.

C'est à cette méthode que nous avons eu recours dans notre seconde observation. Il s'agissait d'une primipare enceinte de sept mois et demi, ayant perdu le liquide amniotique depuis six semaines, et dont le corps utérin fortement rétracté emprisonnait le fœtus.

Après plusieurs tentatives destinées à saisir le cou, qui demeura inaccessible, je me résolus à pratiquer la brachiotomie, à pénétrer dans le thorax, puis dans l'abdomen, à enlever tous les organes et à appliquer un crochet mousse sur la colonne vertébrole. Quelques tractions firent descendre le fœtus qui se dégagea par son plan latéral, la région thoracique d'abord, le siège ensuite. Il fallut des efforts assez énergiques pour faire sortir la tête dernière du corps utérin.

Cette étude a donc surtout pour but de résumer la conduite à tenir dans une présentation de l'épaule irréductible, de montrer les différentes ressources de l'art obstétrical en présence d'une difficulté très sérieuse, de mettre en relief le pronostic des deux variétés d'épaule irréductible : dans l'une, la sous-annulaire, tout le danger est pour la femme, menacée de rupture utérine ; dans l'autre, la sus-annulaire, toute la dystocie est pour l'accoucheur.

37. — **Grossesse gémellaire chez une femme ayant subi une hystéropexie abdominale. — Double présentation de l'épaule. — Hémorragie pendant et après la délivrance**. — Nord médical, 1er Janvier 1907.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

---

38. — **Des lésions vésicales pendant les opérations obstétricales.** — Nord médical, 1898.

Au cours de l'accouchement spontané la vessie est susceptible de lésions, variables en étendue et en gravité : contusion simple, gangrène et eschares de ses parois, fistules consécutives, vésico-vaginales ou vésico-utérines. Ces dernières ont un mode pathogénique bien mis en lumière par M. Bonnaire ; elles coïncident toujours dans l'accouchement spontané avec les ruptures utérines.

Les lésions vésicales s'observent plus facilement à la suite d'interventions.

Il en est qui sont la conséquence d'erreurs grossières : une cystocèle vaginale a été prise pour une tête d'hydrocéphale ou pour une poche des eaux : la perforation créa une fistule.

Pendant une application de forceps, il est possible de blesser la vessie. Le traumatisme le moins grave est la contusion, qui se traduit par une hématurie. Plus sérieuse est l'introduction d'une cuiller de forceps dans la vessie ; on en a cité des observations et nous en avons recueilli et publié, dans ce mémoire, un exemple provenant d'une femme amenée à la Clinique après avoir subi 8 applications de forceps. Il y avait eu perforation d'un cul-de-sac vaginal et une déchirure de la paroi postérieure de la vessie sur une étendue de plusieurs centimètres.

M. Budin, Marchal ont signalé une rupture de la paroi antérieure de l'utérus et de la paroi vésicale par l'introduction de vive force du forceps. M. Bonnaire fait connaître deux faits du même genre.

Ainsi sont produites des fistules vésico-vaginales ou vésico-utérines que l'on pourrait appeler fistules directes ou primitives.

Le forceps de Levret a souvent déterminé des lésions de la paroi vaginale rétro-pubienne ; plus accentuées, elles intéressent la vessie.

Tout forceps qui dérâpe brusquement peut labourer par l'extrémité de ses cuillers la paroi antérieure du vagin et la vessie ; de même l'application antéro-postérieure de l'instrument est capable de contusionner fortement le réservoir urinaire (Budin-Porak).

C'est pourquoi l'emploi du levier est également dangereux ; les perforations vésicales sont à craindre dans les bassins rachitiques avec arêtes tranchantes (bassins à épines, Kilian-Depaul).

Le levier, le forceps sont des facteurs de disjonction de la symphyse pubienne, cause à son tour de lésions vésicales.

La version par manœuvres internes peut produire une rupture utérine ou l'agrandir au point d'intéresser la vessie.

Des sages-femmes voulant dilater le vagin le déchirèrent ainsi que l'urèthre et la vessie (Budin).

Au cours de la crâniotomie on peut blesser la vessie avec le perforateur mal dirigé.

La vessie peut être intéressée dans l'opération césarienne, mais c'est la symphyséotomie qui amène surtout des complications urinaires.

Pour nous limiter aux lésions vésicales, nous retiendrons les observations de Lepage, Spinelli, Mancusi, Mullerheim, Tellier, Schauta, Mandurowicz, Bussemaker, Pinard, Wotherspoon, Jarman, Audebert, Fritsch. Il s'agit de fistules ou de déchirures.

La pathogénie de ces lésions a reçu diverses explications.

1° Section par les angles du pubis de la paroi vaginale comprimée entre le bassin ouvert et la tête ou le forceps (Budin-Maygrier).

2° Distension transversale, mais aidée de l'extension des parties molles en bas par la tête, pendant l'extraction du fœtus (Porak, Schauta).

3° Distension transversale des parties molles, qui se déchirent quand leur limite d'élasticité est atteinte (Winckel, Audebert).

Plus décevants peut-être que ces lésions sont les cas d'incontinence d'urine que l'on a observés sans effraction apparente de la vessie ou de l'urèthre. Nous en avons publié plusieurs exemples, ainsi que M. Bar et d'autres.

Si elle est due à des tiraillements du col vésical par distension transversale ou par l'intermédiaire des ligaments pubio-vésicaux (Kufferath), il y a sans doute moyen de l'éviter au même titre que les autres accidents. C'est ainsi que M. Pinard conseille la distension graduelle du vagin et de la vulve avec le ballon de Champetier, que Varnier a proposé de rapprocher les pubis aussitôt le rétrécissement franchi, que MM. Porak, Fochier, Gaulard pratiquent une large épiséotomie.

La meilleure prophylaxie réside dans l'abandon de la symphyséotomie pour des bassins trop rétrécis et surtout dans les bassins aplatis généralement rétrécis. Là, en effet, les parties molles manquent d'ampleur, de souplesse et sont plus exposées aux déchirures Bonnaire).

39. — **Des applications obliques du forceps au détroit supérieur.** — Presse médicale, 1894.

40 — **De la version par manœuvres combinées.** — Nord médical, 15 août 1898.
Historique. — Indications. — Technique. — Résultats.

41. — **Hystérotomie et hystérectomie en Obstétrique.** — Mémoire couronné par l'Académie de Médecine, Prix Tarnier, 1902. — Vol. 454 pages, De Rudeval, Paris, 1903.

Ce mémoire comprend 14 chapitres disposés dans l'ordre suivant :

Ch. I. — Il y est question des indications de l'opération césarienne dans les viciations pelviennes.

Nous envisageons tout d'abord la thérapeutique des pelviviciations d'origine rachitique : indications absolues et relatives de la section césarienne.

Comme la symphyséotomie est pour l'hystérotomie une rivale sérieuse dans une certaine catégorie de rétrécissements rachitiques du bassin, nous établissons un parallèle de ces deux opérations, dans leurs résultats immédiats et éloignés.

Les viciations pelviennes d'origine cyphotique prêtent lieu aux mêmes considérations ; viennent ensuite les indications de

l'opération césarienne dans d'autres bassins viciés (bassins asymétriques, bassins couverts, bassins obstrués et déformés par des tumeurs solides développées aux dépens des os pelviens).

Ce chapitre comprend également l'étude des indications de l'*opération de Porro* dans les rétrécissements pelviens ; nous signalons les indications absolues et les indications relatives, les résultats, les avantages et les inconvénients de l'amputation utéro-ovarique avec traitement extra-péritonéal du pédicule.

Ce qui nous amène à comparer le Porro classique avec l'*hystérectomie totale* et avec l'*hystérectomie subtotale*.

Ch. II. — Il est exclusivement consacré à l'étude du traitement de l'ostéomalacie et de la viciation pelvienne qui est la conséquence par l'hystérotomie suivie de l'hystérectomie partielle ou totale. Nous montrons les heureux résultats de l'opération de Porro.

Ch. III. — Quelques accoucheurs sont partisans de l'opération césarienne dans l'éclampsie ; nous rappelons les principaux travaux parus sur la question.

Ch. IV. — L'atrésie vaginale, surtout l'atrésie acquise, peut nécessiter l'hystérotomie : nous avons tenté de distinguer les cas passibles de cette intervention et montré qu'il est préférable de la faire suivre de l'extirpation totale de l'utérus ou de l'amputation utéro-ovarique.

Ch. V. — La section césarienne peut être indiquée par suite de la non-dilatabilité du col de l'utérus, atteint de rigidité. Dans ce chapitre, nous n'avons en vue que la rigidité cicatricielle, la sclérose totale du col et du segment inférieur de l'utérus de nature syphilitique, et la rigidité, dite anatomique, consécutive à l'infiltration, l'induration des tissus cervicaux.

Ch. VI. — Il a pour but de montrer la nécessité et les avantages de l'opération de Porro dans les cas de putréfaction fœtale intra-utérine.

Ch. VII. — Nous traitons ici de l'intervention pendant la grossesse et l'accouchement dans les cas de cancer du col de l'utérus.

Ch. VIII. — Même étude concernant la grossesse et l'accouchement compliqués de tumeurs fibreuses de l'utérus.

Ch. IX. — Il comprend l'étude comparée des différents traite-

ments de la rupture utérine et l'exposé des raisons qui plaident en faveur de l'hystérectomie.

Ch. X. — Les interventions pratiquées sur l'utérus, en particulier les hystéropexies, peuvent devenir une cause de dystocie nécessitant l'opération césarienne. C'est ce que prouvent plusieurs observations que nous avons résumées.

Ch. XI. — Discussion sur la valeur de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale aiguë.

Ch. XII. — Nous avons réuni dans ce même chapitre quelques indications plus rares de l'hystérotomie et de l'hystérectomie dans certaines circonstances : décollement prématuré du placenta inséré en lieu normal, mort ou agonie de la femme enceinte, accouchement compliqué de kyste de l'ovaire non opérable, rétraction exagérée de l'anneau de Bandl, grossesse molaire, insertion vicieuse du placenta.

Ch. XIII. — L'opération césarienne vaginale étant opposée par quelques accoucheurs à l'hystérotomie abdominale, nous devions rappeler les principaux travaux relatifs à ce sujet.

Ch. XIV. — Technique des différentes interventions : opération césarienne conservatrice, avec les diverses incisions préconisées ; opération de Porro classique ; hystérectomie subtotale ; procédé de Hartmann dans les ruptures utérines.

L'ouvrage se termine par l'exposé des neufs observations que nous avons pu recueillir à la Clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Lille, de 1892 à 1902.

42. — **De l'agrandissement momentané du bassin. — Opération de Gigli.** — Nord médical, 1906.

43. — **Des dangers de la suture utérine au catgut dans l'opération césarienne conservatrice.** — Société obstétricale de France, 1909.

44. — **Des dangers de l'opération césarienne retardée.** — Réunion obstétricale de Lille, 1910.

45. — **Fibrome et grossesse. — Opération de Porro.** — Réunion obstétricale de Lille, 1910.

SUITE DE COUCHES

46. — **Les hémorragies post-partum**. — Nord médical, 1er juillet 1902.

Définition : hémorragies qui suivent la délivrance, soit de près (immédiates ou primitives), soit de loin (tardives ou secondaires).

Sources des hémorragies post-partum.

1° Canal vagino-vulvo-périnéal.

2° Utérus
- a) segment supérieur.
- b) segment inférieur.
- c) col.

Symptômes.

1° Généraux.

2° Locaux
- a) palper.
- b) inspection.

Utérus volumineux mou, de consistance pâteuse, difficilement délimitable, sans tendance à se contracter, donnant issue à un flot de sang par expression : *hémorragie interne post-partum par inertie utérine.*

Savoir qu'il existe parfois un écoulement assez abondant de sérosité roussâtre, qui n'est autre que le sérum sanguin exprimé des caillots restés dans l'utérus, qui demeure volumineux et paraît rétracté. Cette sensation de semi-dureté de l'organe est trompeuse, car bientôt il se relâche à nouveau et l'hémorragie redouble.

Symptômes généraux graves d'hémorragie interne coïncidant avec un utérus dur et contracté, dont le fond reporté très haut est mobile sur une autre tumeur située au-dessous, de consistance

mollasse, pâteuse, qui n'est autre que le segment inférieur rempli de sang plus ou moins coagulé : *hémorragie interne post-partum par inertie du segment inférieur de l'utérus.*

Si le sang coule au dehors, la main qui palpe sent ou bien le corps utérin dur et bien rétracté, c'est alors une *hémorragie interne post-partum de source autre que le segment supérieur de l'organe,* ou bien la main éprouve des difficultés à palper un utérus assez volumineux, très mou, en état d'inertie : c'est une *hémorragie externe (plus souvent mixte) post-partum par inertie utérine.*

En cas d'hémorragie externe, l'inspection permet-elle de faire le diagnostic de la source du sang ?

Un jet de sang volumineux, coïncidant avec la mollesse de l'utérus, indique fatalement l'inertie utérine : Coïncidant avec la dureté du corps utérin, il permet de supposer que le segment inférieur est en cause.

Un jet de sang rutilant, saccadé, doit faire penser à une déchirure du col.

Une hémorragie en nappe, continue, indiquerait plutôt une lésion du canal vagino-vulvaire.

Le procédé de diagnostic le plus certain est l'examen direct, portant sur la vulve, le vagin, le col de l'utérus.

En résumé, le diagnostic repose sur les points suivants : phénomènes généraux des pertes de sang abondantes, symptômes locaux basés sur le palper de l'utérus, qui sera trouvé tantôt mou et inerte, tantôt dur et contracté, et sur l'inspection des organes génitaux, qui permet de constater les caractères et les modalités de l'écoulement sanguin.

Nous avons ainsi déterminé les différentes sources des hémorragies post-partum :

1° Hémorragie interne par inertie utérine.

2° Hémorragie interne par inertie du segment inférieur.

3° Hémorragie externe par inertie utérine.

4° Hémorragie externe par inertie du segment inférieur.

5° Hémorragie d'origine vulvaire.

6° Hémorragie d'origine vaginale.

7° Hémorragie d'origine cervicale.

Pronostic. — Variable suivant la résistance de la malade,

suivant la quantité de sang perdu, suivant la rapidité de la perte sanguine. Les hémorragies par inertie utérine sont les plus graves : les portes de sortie du sang sont multiples et larges.

La mort peut être subite, par syncope, ou rapide ; elle n'est pas fatale.

Quelques phénomènes généraux sont importants à constater : pâleur mortelle, voix éteinte, haleine froide, hypothermie marquée et persistante ; pouls petit, filiforme, imperceptible à la radiale : symptômes d'intoxication bulbaire par un sang mal hématosé ; délire, hallucinations.

En cas de survie, convalescence plus longue, plus pénible ; risques d'infection augmentés.

Peut-on prévoir une hémorragie post-partum ?

Le plus souvent, accident imprévu ; cependant on peut quelquefois la soupçonner. Plusieurs éléments d'investigation :

I. *Commémoratifs* :

a) Hémorragie à un accouchement antérieur.

b) Grossesses répétées à de courts intervalles.

c) Métrite préexistante (adhérences anormales du délivre).

II. *Pendant la grossesse :*

a) Surdistension de l'utérus.

b) Albuminurie ; affections cardiaques.

c) Viciation pelvienne : travail prolongé, fatigue musculaire.

d) Tumeur utérine (cancer, fibrome).

e) Tumeur abdominale (kyste de l'ovaire, etc.)

d) Dépression mentale (Byers).

III. *Pendant l'accouchement :*

a) Contractions de la seconde période fortes et courtes.

b) Pouls rapide, peu tendu, saccadé vers la fin de l'accouchement.

c) Chloroforme, à dose anesthésique.

d) Travail très long.

e) Travail trop rapide.

f) Putréfaction intra-utérine et physométrie : stupéfaction du muscle utérin par toxines et gaz toxiques.

g) Insertion du placenta sur le segment inférieur.

IV. *Pendant ou après la délivrance.*

Importance de l'état du pouls : calme, régulier, bien frappé, rien à craindre ; petit, dépressible, rapide, hémorragie à redouter.

Traitement.

1° Prophylactique.

Ne pas terminer l'accouchement en l'absence de contractions utérines douloureuses

Ne pas tenter la délivrance avant le retour des contractions et le décollement du placenta

Eviter émotions vives, une température trop élevée de la chambre.

Favoriser les contractions de l'utérus par l'eau chaude.

Curatif. — Double indication :

1° Arrêter l'écoulement sanguin.

2° En combattre les effets sur l'état général.

Traitement de l'inertie utérine :

L'utérus inerte laisse béants les sinus veineux de l'aire placentaire, favorise l'accumulation du sang dans sa cavité, ce qui s'oppose à la coaptation des parois antérieure et postérieure ; la fermeture des sinus, l'adossement des parois, sont une conséquence de la contractilité et de la rétractilité de l'utérus. Ce sont ces propriétés, qu'il a perdues, qu'il faut rendre à l'organe utérin.

A employer successivement :

1° Massage externe.

2° Injection intra-utérine à 48°, prolongée jusqu'à ce que le liquide de l'injection sorte à peine coloré. (Il y a de ce fait contre-indication à l'emploi du permanganate de potasse).

3° Introduction de la main dans l'utérus, pour le vider complètement des caillots qu'il peut renfermer. A répéter plusieurs fois, si nécessaire.

4° Tamponnement intra-utérin ; il excite d'une façon permanente la contractilité utérine, il obture directement les sinus veineux et y favorise la coagulation du sang.

5° Abaissement forcé de l'utérus, à l'aide d'une pince à griffes qui saisit à la fois les lèvres antérieure et postérieure du col. Ce procédé agirait par la compression des artères utérines, ainsi qu'on le voit au cours de l'hystérectomie vaginale.

6° Extirpation de l'utérus, à l'hôpital, inversion utérine artificielle, dans la pratique privée, tels sont des moyens extrêmes recommandés par Schauta.

7° Emploi des préparations d'ergot de seigle.

Ne peuvent agir assez vite contre l'hémorragie immédiate, mais ont une utilité incontestable pour prévenir le retour de l'inertie, pour favoriser le tonus utérin et le maintenir pendant quelques heures.

8° Compression de l'aorte. Les moyens étudiés ont surtout pour but de réveiller la contractilité utérine. Ils peuvent échouer ; ou bien, le médecin, pris à l'improviste, n'a pas d'eau chaude, de gaze. Est-il un procédé qui empêche le sang d'arriver à l'utérus, source de l'écoulement ? On a cru le trouver dans la compression de l'aorte abdominale.

Traitement des hémorragies vulvo-vagino-cervicales :

1° Vulvaires : ligature, forcipressure, compression ;

2° Vaginales : ligature ou forcipressure. Tamponnement.

3° Cervicales : Suture de la déchirure. Tamponnement.

Le tamponnement vaginal ne sera fait que si le corps utérin est bien nettement contracté.

Traitement de l'anémie aiguë consécutive aux hémorragies abondantes.

Traiter la syncope ou l'état syncopal, c'est lutter contre l'olighémie bulbaire : pour cela, ramener le sang vers les parties supérieures du corps, vers la tête : celle-ci doit être en position déclive.

Auto-transfusion de Proufl (Tarnier).

Inhalations d'oxygène. Frictions stimulantes.

Soutenir le cœur : éther, caféine.

La syncope n'est pas due uniquement à l'olighémie bulbaire ; elle est due également au vide relatif du système vasculaire. Pour y parer, injections de la solution saline physiologique (Hayem).

La syncope terminée, en éviter le retour : stimulants, cognac, champagne ; sous aucun prétexte, la malade ne doit relever la tête. Pas de déplacements. Lutter contre le refroidissement.

Traitement consécutif : toniques-alimentation, aussitôt que possible.

Hémorragies post-partum secondaires.

Précoces, survenant quelques heures après l'accouchement ; tardives, apparaissant au bout de quelques jours.

Relèvent de l'inertie utérine secondaire, commandent le même

traitement exposé ci-dessus : évacuation de l'utérus, injections chaudes, tamponnement, etc.

Veiller à la rétention d'urine, à l'accumulation de matières fécales, causes de congestion utérine et d'hémorragies tardives.

47. — **Infection puerpérale.** — Nord médical, 15 juin 1900.

Revue générale concernant la thérapeutique de l'infection puerpérale.

Après un court exposé concernant les formes cliniques de l'infection puerpérale, nous abordons l'étude du traitement prophylactique.

1° Pendant la grossesse ;
2° Pendant l'accouchement ;
3° Dans le post-partum.

Puis vient le traitement curatif :

1° Les injections intra-utérines ;
2° L'irrigation continue ;
3 Le curettage et le curage de la cavité utérine ;
4° L'hystérectomie

Ce dernier chapitre a été traité dans son ensemble dans notre mémoire « Hystérotomie et hystérectomie et obstétrique ».

A côté du traitement obstétrical proprement dit, il y a le traitement médical :

1° Bains froids ;
2° Provocation d'abcès artificiels ;
3° Sérothérapie antistreptococcique ;
4° Injections de sérum artificiel.

Traitement de la péritonite puerpérale :

1° Médical ;
2° Chirurgical : contre le météorisme,
contre les collections purulentes,
laparotomie ou colpotomie.

Traitement de la phlegmatia alba dolens.

48. — **Quelques observations d'infection puerpérale traitée par la méthode des abus artificiels.** — Société centrale de médecine du Nord, 1909.

FŒTUS

49. — **Un cas de mort du fœtus par torsion exagérée du cordon ombilical.** — Nord Médical, 1er mars 1898.

La torsion du cordon ombilical est physiologique ; le nombre des tours de spire est variable et ne peut indiquer par lui-même le moment où la torsion devient pathologique. Celle-ci existe. lorsque, poussée à un degré extrême, elle devient nuisible au fœtus, entrave son développement et occasionne même sa mort. L'état pathologique apparaît dès que la lumière des vaisseaux ombilicaux s'efface du fait de la torsion.

Voici le fait que nous avons observé :

Secondipare, ayant senti des mouvements actifs du fœtus d'une vigueur extraordinaire à l'approche du 5me mois de sa grossesse, s'aperçoit un mois plus tard qu'ils n'existent plus. Appelé à l'examiner, je constate que l'utérus, de tension normale, remonte à l'ombilic ; les différentes parties fœtales sont nettement perçues. Auscultation négative.

Certains phénomènes présentés par la femme au cours de sa première grossesse persistant, aucun signe rationnel de mort du fœtus n'existant (sauf l'absence de battement fœtaux que je n'avais pu percevoir), je réservai mon diagnostic.

Trois semaines plus tard, un fœtus mort et macéré fut expulsé.

L'examen du cordon ombilical ne laissa aucun doute sur la cause de la mort fœtale. Ce cordon, très maigre, long de 25 à 40 centimètres formait des tours de spire très nombreux et très serrés, au point de donner au toucher une sensation de tissu sclérosé.

Près de l'ombilic, les tours de spire étaient contigus et se reformaient immédiatement après détorsion. A ce niveau, le cordon avait le calibre d'une plume de poule. En trois autres points de son étendue la tige funiculaire présentait la même anomalie.

L'examen histologique a été pratiqué par M. le Professeur Laguesse : « A l'endroit le plus étroit, le plus serré, il y a de nombreuses fibres conjonctives. Le tissu fondamental qui, normalement, est du tissu muqueux très riche en cellules et en matière amorphe, très pauvre en fibres, se trouve ici riche en fibres conjonctives. De sorte que dans les points du cordon qui ont conservé une certaine épaisseur, c'est à peu près du tissu conjonctif lâche ; dans ces points réduits au minimum, c'est du tissu conjonctif dense, fibreux et on voit nettement que, du fait de la torsion, une telle pression est exercée sur les cellules que, comprimées entre les fibres, elles ont pris l'aspect du long ruban.

Sur toute la longueur du cordon, on retrouve les trois vaisseaux ; les deux artères ont des parois épaisses, leur lumière est oblitérée : quant à la veine, les deux parois sont juxtaposées, la lumière est réduite à une simple fente. Les vaisseaux n'ont pas été coupés, mais tordus jusqu'à l'oblitération. Dans les parties amincies, ils sont plus petits, en voie d'atrophie.

En résumé la torsion a amené la sclérose du tissu du cordon, avec oblitération des vaisseaux et commencement d'atrophie.

La torsion exagérée du cordon ombilical comme cause de la mort du fœtus pendant la grossesse ne semble pas avoir attiré l'attention des anciens accoucheurs.

Parmi le nom des premiers observateurs, nous trouvons ceux de Kilian, d'Outrepont, Dohr, Moir, etc.

En 1857, Billi en a rapporté deux faits : depuis lors on en trouve diverses observations. (Cordonnier : de la torsion ombilicale et de son influence sur le fœtus).

La théorie pathogénique la plus généralement admise est celle qui attribue cette torsion à des mouvements exagérés du fœtus.

L'observation que nous signalons est intéressante par l'examen histologique du cordon.

50. — **Note sur un cas de consanguinité. — Malformations fœtales multiples : main-bote, pied-bot, reins polykystiques, etc.** — Revue Obstétricale Internationale, 1897.

51. — **Sur un embryon humain dérodyme de dix-neuf millimètres et sur l'origine des monstres doubles en général,** par E. Laguesse, Professeur d'Histologie, et V. Bué, Chef de Clinique obstétricale. — (Travail du laboratoire d'histologie et d'embryologie de la Faculté de Médecine de Lille). — Journal de l'Anatomie et de la Physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux.
Janvier-Février 1898.

La présence de deux cordes dorsales dans l'embryon dérodyme étudié montre bien que chez l'homme, comme chez les animaux déjà étudiés, les monstres doubles sont fournis par la fusion de plus en plus intime de deux ébauches embryonnaires tout d'abord distinctes.

Il peut y avoir fusion de deux œufs en présence de deux vésicules germinatives, c'est-à-dire de deux noyaux dans le même œuf.

Mais, le plus souvent, il y aura un seul œuf, et de cet œuf unique, sortiront, au lieu d'un être unique, ou bien un être double, ou bien même deux êtres distincts (jumeaux univitellins).

La première cause que l'on puisse accuser, c'est un vice dans la fécondation elle-même, c'est l'accès dans l'œuf de plusieurs spermatozoïdes ou *polyspermie*. C'est là aujourd'hui, pour la plupart des auteurs, l'origine des monstres multiples, et M. le Professeur Duval a pu dire, il y a quelques années, que « non seulement cette polyspermie est l'une des causes possibles de la diplogenèse, mais qu'elle en est même la seule cause probable, en tout cas, la seule qui ait pu être bien étudiée ». On sait que cette conclusion repose sur les recherches de Fol chez les oursins. Il a montré que normalement, un seul spermatozoïde doit entrer dans l'œuf et son noyau former, par fusion avec celui de l'ovule mûr, le noyau de l'œuf fécondé.

Accidentellement, l'ovule, engourdi ou intoxiqué, peut laisser pénétrer plusieurs têtes de spermatozoïdes qui se conjuguent à son noyau. Fol obtenait alors des monstres doubles ou multiples.

Mais la polyspermie ne serait plus, aujourd'hui, la cause unique des monstres doubles. Un seul œuf normalement fécondé par un spermatozoïde, pourrait engendrer un monstre double ; voici comment :

Quand l'ovule fécondé se segmente en deux cellules secondaires, chacune de ces deux premières cellules a-t-elle une détermination, une destination précise ? Chez beaucoup d'animaux on sait que de l'une dérivera l'ectoderme, de l'autre l'entoderme mais il n'en est pas toujours ainsi.

Parfois (ascidies, grenouilles) l'une de ses cellules paraît destinée à donner la moitié droite, et l'autre la moitié gauche du corps.

Dès 1891, Hans Driesch montre que le secouage, chez l'oursin, au lieu d'isoler complètement les deux cellules qui résultent de la première segmentation de l'ovule, peut les détacher simplement l'une de l'autre, tout en les maintenant renfermées dans la membrane de l'œuf. On les voit alors évoluer séparément à l'intérieur de cette commune enveloppe pour donner deux larves complètes, mais moitié plus petites que les larves normales. En un mot, on voit dans un même œuf, du simple fait de l'écartement mécanique des deux premières sphères de segmentation se développer deux jumeaux (gémellité univitelline) au lieu d'un seul être. Il fallait s'attendre à trouver parfois à la place de ces jumeaux un monstre double très net. Tout récemment, Wetzel a étudié plusieurs cas de ce genre chez les vertébrés supérieurs.

En résumé, les causes connues jusqu'ici qui président à l'éclosion d'un monstre double sont au nombre de trois. Ce sont :

1° La présence de deux ovules ou de deux œufs en voie de segmentation.

2° La polyspermie, c'est-à-dire la pénétration de plusieurs spermatozoïdes dans l'ovule au moment de la fécondation.

3° L'action d'influences extérieures mécaniques ou chimiques sur l'œuf normalement fécondé en voie de segmentation.

52. — **Sur la présence du spirochète dans les tissus des hérédo-syphilitiques.** (En collaboration avec le Docteur G. Petit) Echo médical du Nord 1908.

Après avoir rappelé les travaux antérieurs sur cette intéressante question, nous avons apporté quatorze observations nouvelles, dans lesquelles nous avons recherché le spirochète de Schaudinn et Hoffmann dans les tissus (foie, rate, reins) de fœtus macérés ou d'enfants morts peu de temps après la naissance, chez lesquels on pouvait soupçonner l'hérédo-syphilis.

De ces recherches, ajoutées à l'analyse des faits antérieurs, dérivent quelques conclusions :

1° Le nombre considérable des spirochètes dans le foie des fœtus macérés ;

2° La rareté de ces agents infectieux chez les fœtus âgés de moins de six mois ;

3° La supériorité au point de vue du diagnostic, de la séro-réaction de Wassermann sur la recherche des spirilles.

ÉTUDES D'HYGIÈNE SOCIALE

HYGIÈNE & PROTECTION DE LA PREMIÈRE ENFANCE

53. — **Maladies infectieuses et allaitement.** — Nord médical, 15 Avril 1897

54. — **De la ration alimentaire du nouveau-né.** — La Presse médicale 1904.

Etude générale sur la quantité de lait que doit prendre le nouveau-né, basée sur les recherces de Budin et envisagée successivement :

1° Chez le nouveau-né à terme et bien portant ;

2° Chez le prématuré et le débile ;

3° Chez le nouveau-né malade.

Considérations sur la ration alimentaire dans l'allaitement artificiel, avec le lait de vache stérilisé, et dans l'allaitement mixte.

55. — **Le pour et le contre des Crèches.** — La Presse médicale, n° 34, 29 Avril 1905.

Depuis 1844, date de la fondation des crèches par F. Marbeau, de nombreuses critiques ont été formulées contre cette institution; d'autre part les éloges ne lui ont pas manqué. Où est la vérité ?

La crèche répond-elle à un besoin, à une nécessité sociale ? Doit-elle être ou ne pas être ?

Si elle est nécessaire, examinons ses avantages et ses inconvénients.

Bon nombre de femmes, de mères se trouvent dans la dure nécessité de travailler hors de leur domicile ; telles les ouvrières d'usines, d'ateliers, les domestiques. Elles y sont forcées par leur situation pour subvenir à leur entretien, a celui de leur enfant : le salaire du père est insuffisant, ou bien il est nul, pour cause de maladie, de paresse, de mort; assez souvent le père n'a pas reparu depuis et même dès avant la naissance de l'enfant. A ces malheureuses mères, il ne reste que deux alternatives : la mendicité qui répugne à beaucoup et d'un rapport très aléatoire ; le travail, plus noble, plus constant dans ses résultats. Elles préfèrent le second moyen qui, hélas ! les oblige à quitter leur domicile.

Pendant toute la durée de l'absence maternelle, l'enfant, jusqu'à l'âge de trois ans auquel il est admis dans les écoles maternelles, a besoin de soins assidus et d'une surveillance continue.

Dans le but de les lui assurer, ont été créées les garderies, maisons de sevrage, nourriceries, dont le nombre alla bientôt se multipliant, prouvant ainsi la nécessité de leur existence.

Le procès de ces établissements a été fait avec juste raison ; bien peu répondaient aux conditions hygiéniques indispensables : manque d'air, de soleil, de propreté, hygiène alimentaire désastreuse, telle était leur caractéristique constante Les résultats ne pouvaient qu'être déplorables et ils l'étaient.

Il est, à Lille, une pratique très répandue consistant à placer un, deux ou trois enfants chez une « soigneuse ». Est-ce là un progrès ? Il suffit de connaître les locaux et les coutumes de ces soigneuses pour répondre par la négative.

La soigneuse est le plus souvent une pauvre femme d'un âge déjà avancé, plus ou moins impotente, incapable de tout travail, imbue de vieux préjugés, réfractaire à toute idée d'hygiène ; elle habite un appartement composé d'une seule pièce : on y fait la cuisine, la lessive et l'on y couche. L'atmosphère surchauffée est irrespirable, imprégnée de mauvaises odeurs de toute nature Les enfants, couchés ensemble dans des literies d'une saleté repoussante, sont dans ce milieu délétère, soumis à une alimentation non moins nocive : la plupart succombent.

Que dire de l'envoi en nourrice ? C'est sans aucun doute la pratique la plus déplorable.

Après un voyage effectué dans les pires conditions, source de maladies mortelles, le nourrisson, arrivé à destination, n'a gravi que la moitié de son calvaire. Il va vivre dans un milieu dont M. Bertrand a tracé un tableau saisissant.

Là le biberon à long tube en caoutchouc règne encore en maître, à cause de sa commodité. C'est qu'en effet la nourrice à distance, dite au sein, est presque un mythe, quel que soit le prix qu'on y mette ; peu scrupuleuse, par égoïsme ou par paresse, elle donne au nourrisson plus de lait de vache que du sien qu'elle réserve pour son propre enfant ; les bouillies ne tardent pas à apparaître et bientôt le nourrisson est soumis à l'alimentation commune, et le vin, la bière, le cidre, quelquefois l'eau-de-vie, constituent bientôt sa boisson.

La mortalité de ces enfants est telle que la nourrice à distance a mérité le qualificatif de «faiseuse d'anges».

En admettant même que la nourrice donne le sein à son nourrisson, celui-ci court encore les plus grands dangers, d'autant plus qu'il est plus éloigné de sa mère : c'est là un fait passé aujourd'hui à l'état d'axiome.

Pour obvier à tous les inconvénients inhérents à ces pratiques, F. Marbeau conçut et créa la crèche, « établissement destiné à soigner l'enfant pendant les jours et heures du travail de la mère ».

La crèche devait cesser de garder les enfants que leurs mères négligeaient de venir allaiter : son but final était de faciliter l'allaitement maternel, de conserver les liens de famille dans les classes nécessiteuses. Ainsi défini, ce programme se rapprochait de la perfection.

La pratique ne répondit pas à la théorie, ce qui n'empêcha pas le nombre des crèches d'augmenter progressivement : en juillet 1903, il existait en France et dans les Colonies françaises 408 crèches ; depuis cette époque, d'autres crèches ont été installées et de nouveaux projets sont à l'étude.

Une institution qui prend semblable extension implique un besoin, la nécessité sociale de son existence. Cependant, à peine née, la crèche fut en butte à la critique.

Les enfants, a-t-on dit, sont trop bien à la crèche ; le fait de se retrouver le soir chez leurs parents pourrait les tuer par le

contraste. La crèche fut accusée aussi de faire concurrence aux autres œuvres publiques et privées, d'entrainer les parents à oublier leurs devoirs ; devant ce placement facile du nourrisson, la famille serait portée à s'en désintéresser, ou tout au moins à s'en occuper insuffisamment.

Cet argument est plus spécieux que réel ; il n'y a réellement que les mères obligées par la nécessité qui apportent leur enfant à la crèche ; elles ne la considèrent pas comme un lieu de dépôt grâce auquel elles se soulagent de leurs devoirs maternels. La meilleure preuve en est fournie par le manque d'assiduité des enfants à la crèche ; toutes les fois que la mère ne travaille pas, elle garde son enfant chez elle.

Passons à des reproches plus sérieux. En tête de ceux-ci est le suivant la crèche favorise l'allaitement artificiel.

D'après Marbeau, le but de la crèche est de faciliter et de favoriser l'allaitement maternel.

Voilà le principe, qui semble devoir faire table rase de la critique ; en fait, il en est tout autrement. Dans toutes les crèches, les enfants au sein exclusivement forment l'exception ; quelques-uns sont soumis à l'allaitement mixte, le plus grand nombre est nourri artificiellement.

Est-ce là un résultat direct de la crèche ? Suffit-il qu'un enfant y soit admis pour que fatalement il doive subir l'allaitement artificiel ?

Constatant l'inexactitude de cette critique, Strauss écrit : « Est-il juste d'accuser la crèche d'une situation dont elle n'est pas responsable ? A défaut de la crèche, l'enfant serait laissé en garde dans les plus mauvaises conditions, et la mère ouvrière ne s'acquitterait pas davantage de sa fonction nourricière. »

Dans une circulaire du 28 février 1903, le Président du Conseil s'efforce de répondre également à cette critique et dit : « Lorsque la mère ne veut pas allaiter, l'enfant est sevré, même si la crèche n'existe pas. »

Si l'entrée de l'établissement était interdite à toute mère désireuse de donner son lait, le reproche serait mérité. Il n'en est nullement ainsi et toute mère a la facilité de venir allaiter aux heures qui lui conviennent le mieux; il existe, à cet effet, une salle

d'allaitement. Dans quelques crèches, on va même plus loin : on accorde un secours à la mère, qui allaite elle même. Cette mesure gagnerait à être généralisée.

Ainsi que l'ont fait remarquer MM. Barbier et Delcominette, la plupart des enfants reçus à la crèche, en raison précisément du genre d'occupations de leurs mères, sont déjà nourris dans des conditions déplorables ; bien peu sont exclusivement nourris au sein avant leur admission.

L'allaitement artificiel chez les enfants de la crèche est-il le résultat d'un calcul intéressé de la mère comme le soutient M. Drappier? Pas plus que M. Strauss, nous ne croyons à cette raison.

Cherchant ailleurs le pourquoi de l'allaitement artificiel, nous y voyons plutôt un résultat de l'habitude. Le mode d'alimentation est commun à toute une catégorie d'enfants du milieu ouvrier, n'ayant jamais fréquenté une crèche; il est surtout la conséquence de la facilité avec laquelle les dispensaires du Bureau de Bienfaisance accordent du lait à tout nouveau-né dont les parents ont droit à l'assistance. Pourvue de ce lait, la mère ne nourrit pas elle-même parce qu'elle ignore les dangers du biberon, les avantages du sein : c'est donc l'ignorance des mères qu'il faut tout d'abord accuser.

Comme prétexte à leur abstention, elles invoquent, de très bonne foi, leur faiblesse générale due à une alimentation insuffisante et à un travail exagéré · elles sont convaincues n'avoir pas de lait ou ne pouvoir donner qu'un lait de mauvaise qualité.

A côté de l'ignorance, nous devons placer l'incapacité progressive de la mère à allaiter ; la fonction sécrétoire de la mamelle ne persistant qu'autant qu'elle est excitée par la succion. Or, si la mère ne vient pas au moins une fois dans la journée donner à têter, sa sécrétion lactée aura d'abord tendance à diminuer, puis à disparaître.

Théoriquement, le but de la crèche n'est pas tant de nourrir un enfant que de lui donner un asile confortable, et la mère bien portante devrait venir l'allaiter plusieurs fois dans la journée ; mais en fait des obstacles s'opposent à cette pratique ; la mère travaille trop loin de la crèche et le chef d'industrie ne lui accorde pas le temps nécessaire pendant les heures de travail.

La sécrétion lactée semble trop faible à ces pauvres femmes déjà surmenées par le labeur industriel ; elles pensent que le sein se reposant pendant la journée, le lait n'en sera que plus abondant la nuit : c'est là l'erreur. Et voilà pourquoi beaucoup de ces enfants sont bientôt soumis à l'allaitement artificiel, alors que la crèche offre toutes les facilités d'un allaitement mixte, bien supérieur.

Le rachitisme a été considéré comme particulièrement fréquent chez les enfants des crèches. M. Braunberger a consacré sa thèse à ce point d'hygiène infantile.

Après avoir constaté des stigmates de rachitisme chez de nombreux enfants amenés à la Consultation externe de M. Variot et appris que beaucoup d'entre eux étaient élevés dans les crèches, M. Braunberger voulut voir ce que sont les enfants des crèches dans leur milieu et en visiter un certain nombre. Il en conclut que les crèches renferment : environ 10 pour 100 d'enfants atrophiques ; 30 pour 100 d'enfants faiblement rachitiques ; 15 pour 100 d'enfants très rachitiques.

Il est certain que les crèches mal situées, mal orientées, sans cour ni jardin, privées d'air et de lumière, deviennent une cause prédisposante à l'éclosion du rachitisme.

Le mode d'allaitement, quand il est surveillé par un médecin instruit et dévoué, n'est guère incriminé. Mais nous connaissons des crèches qui sont rarement visitées par le médecin, et où l'alimentation est laissée aux soins de personnes, dévouées sans doute, mais trop routinières ou trop ignorantes des progrès de la science.

La graduation des tétées est chose inconnue : c'est l'enfant qui doit se régler lui-même, sous prétexte qu'il connaît mieux que personne ce dont il a besoin. Règle générale, les prises de lait sont trop rapprochées ; le chiffre fatidique des deux heures d'intervalle est presque universellement adopté. Nous ne saurions trop réagir et réclamer énergiquement un intervalle de trois heures.

Le coupage du lait est souvent trop abondant, ce qui diminue la valeur nutritive du lait et force l'enfant à absorber trop de liquide.

Beaucoup de crèches ne surveillent pas suffisamment l'accroissement de leurs demi-pensionnaires : les pesées n'y sont pas faites, ou trop rarement. Ajoutons un sevrage trop précoce, quelquefois trop tardif, et nous trouverons des causes de rachitisme.

M. Braunberger accuse surtout le personnel de la crèche, qui serait rarement à la hauteur de sa mission et serait souvent en insuffisance numérique . ce qui est un peu vrai. Et l'auteur montre, avec chiffres à l'appui, que le rachitisme des crèches est inversement proportionnel au nombre des berceuses. Mais peut-être y a-t-il là quelque exagération et nous ne pouvons confirmer ni infirmer cette affirmation « bien hardie et quelque peu prématurée » (P. Richard).

Pour parer à cette critique, les crèches doivent se conformer aux prescriptions de l'arrêté du 20 Décembre 1897, indiquant une gardienne pour 6 enfants âgés de moins de 18 mois et une gardienne pour 12 enfants de 18 mois à 3 ans.

C'est une erreur de soutenir que c'est à la crèche seulement que l'enfant puise les éléments du rachitisme. Nous connaissons son alimentation à domicile : c'est la soupe de famille, la panade épaisse et consistante qui l'attend, à moins qu'on ne lui donne des pommes de terre ou quelque autre aliment plus indigeste.

« De ces fautes contre l'hygiène au domicile de l'enfant, la crèche ne saurait pas en être rendue responsable. Il est d'ailleurs recommandé aux directrices de fournir à cet égard aux parents les indications les plus utiles. La crèche deviendra ainsi pour les mères une véritable école d'hygiène domestique » (Circulaire du Président du Conseil).

Ce rôle d'éducateur ne peut être confié à la directrice ; il appartient au médecin, qui ne peut le remplir avec le mode actuel de fonctionnement des crèches.

Cette absence d'éducation des mères est une grosse lacune et un grave reproche que j'adresse à la crèche. Il est certain aussi que nombre d'enfants sont déjà menacés du rachitisme au moment de leur admission, et on ne peut accuser une crèche bien tenue d'être la coupable.

« On arracherait un enfant mal logé, mal chauffé, mal nourri, manquant de soins, aux pires conditions hygiéniques au milieu

desquelles la misère le force à vivre, pour lui procurer un bon gîte, une bonne nourriture, des soins éclairés ; le tout sous la surveillance de femmes dont la seule occupation est de veiller à tous ses besoins, avec la direction d'un médecin, et l'on n'aurait réussi qu'à faire de cet enfant un malheureux rachitique ! Ce serait à désespérer des efforts humains vers le bien et à renoncer à toute tentative faite dans le but d'améliorer notre espèce » (P. Richard).

Toute agglomération d'enfants est un foyer de propagation des maladies infectieuses. La rougeole, la coqueluche, la diphtérie, la broncho-pneumonie, la conjonctivite, la gastro-entérite même, trouvent dans la crèche un terrain fertile à leur diffusion.

Ce danger existe dans les écoles maternelles, les écoles primaires, qu'on ne peut pourtant pas supprimer. Il existe au domicile de l'enfant, exposé à être contagionné par des frères, des sœurs, des voisins, dont il n'est point assez isolé parmi la population dense des quartiers ouvriers.

Un enfant malade dans une crèche est un danger pour les autres ; il importe de ne point l'accepter. Tout suspect ou tout nouvel arrivant doit être placé dans la salle d'isolement jusqu'à la visite du médecin qui statue sur son admission ou sur son renvoi.

Nous verrons par la suite ce que peut une crèche idéale pour lutter contre les épidémies : celles-ci sont de plus en plus rares au fur et à mesure qu'on s'élève dans la catégorie des crèches.

M. Gauchas a signalé un autre inconvénient des crèches : elles exposent les enfants aux refroidissements.

Les recherches du professeur Budin ont bien montré l'action néfaste du froid sur les nouveau-nés, d'autant plus marquée qu'ils sont plus petits. Il est évident que le transport de ces enfants aux heures extrêmes de la journée les expose à se refroidir. Ce reproche est toujours applicable, quel que soit l'endroit où l'on portera l'enfant. Il s'agit de le garantir par un vêtement approprié.

Le dernier reproche que nous envisageons est d'ordre économique : il s'agit du prix d'entretien. Dans les crèches subventionnées par les crédits publics, toujours limités, on se trouve en présence du dilemme suivant : Pour diminuer proportionnellement les frais généraux, recevoir beaucoup d'enfants, ce qui crée des conditions hygiéniques défectueuses, ou n'en recevoir qu'un petit

nombre, ce qui augmente notablement le coût d'entretien par unité.

M. Binet a calculé que le prix moyen de la journée de présence, à Paris, est de 1 fr. 30. « Dépenser 1 fr. 30 pour permettre à la mère de gagner 2 francs nous paraît une forme illogique de l'assistance, et nous croyons qu'en donnant à la mère ce qu'on dépense pour son enfant, on lui permettrait d'élever son enfant près d'elle et de l'allaiter elle-même ».

La mère se reposant après son accouchement, l'enfant nourri au sein par sa mère, voilà certes deux conditions de bonne puériculture. Le 23 mars 1903, M. Pinard a proposé à l'Académie de médecine le vœu suivant :

« L'Académie émet le vœu que les secours d'allaitement soient institués en faveur des mères au sujet desquelles il sera établi que le défaut des ressources leur rend impossible l'allaitement de leurs enfants. »

D'après Ch. Mercier, dans les « Petits Paris », il faudrait tabler sur un chiffre annuel de 72 millions pour le budget de la puériculture. Ce projet est séduisant ; quand sera-t-il réalisé ? Il se passera encore longtemps avant de voir toute mère pauvre devenir la nourrice payée de son enfant.

En attendant ce jour, nous devons utiliser les œuvres existantes, les modifier s'il le faut, afin de leur faire rendre le maximum de services.

Dans cet ordre d'idées, nous conserverons la crèche ; nous l'accepterons comme un palliatif, un pis aller (Strauss). Avec le développement progressif de l'industrie, le travail à domicile est de plus en plus rare ; la mère, qui doit travailler, ne peut le faire qu'en quittant son foyer.

« Si la crèche n'existait pas, la femme ouvrière ou employée n'aurait d'autre ressource que celle de mettre son enfant dans une garderie suspecte ou bien de l'éloigner par le placement en nourrice ou en garde. Le mal serait aggravé, bien loin d'être atténué ».

La mise en nourrice à distance, voilà le plus grand danger couru pour l'enfant pauvre : la crèche ne servirait-elle qu'à la supprimer que son droit d'exister serait indéniable. Bien orga-

nisée, elle ne doit plus mériter cette épithète de « tombeau d'enfants » qu'on lui décerne souvent encore.

Pour atteindre, sinon la perfection, du moins une utilité moins contestable, la crèche devrait être un centre d'éducation des mères. Il conviendrait de lui adjoindre une consultation de nourrissons, le dimanche matin, afin que toutes les mères puissent y assister et écouter les conseils du médecin, qui insisterait sur tous les avantages de l'allaitement au sein. Cette mesure se généralisant, peut-être les crèches ne seraient-elles plus regardées comme des écoles de sevrage; peut-être arriverait-on à les transformer en postes d'allaitement maternel, en foyers d'élevage perfectionné ; peut-être alors pourrions-nous leur appliquer sans arrière-pensée la phrase de Strauss : « Ce sont des institutions admirables qui n'ont pas encore leur maturité, leur adaptation suffisante, et dont la médecine préventive tirera dans l'avenir un profit de plus en plus considérable. »

56. — **La Crèche idéale**. — La Presse médicale, 29 juillet 1905.

Cette étude fait suite à la précédente La crèche actuelle étant un pis-aller qu'il faut accepter, notre devoir est de l'améliorer. Sous la dénomination de « crèche idéale », nous devons entendre celle qui réalise des conditions telles qu'elle échappe aux divers reproches signalés.

Le côté architectural est d'abord envisagé au point de vue de l'hygiène générale ; puis vient la question du personnel, directrice, soigneuses. Le rôle, important, du médecin, est minutieusement étudié.

Quelle doit être l'alimentation dans la crèche idéale ? Tel est le sujet de l'avant dernier paragraphe, le dernier s'adressant à la comptabilité médicale.

En terminant nous disons : il serait éminemment désirable que la crèche ne puisse accepter les nourrissons trop jeunes. On sait que les premiers mois de la vie sont les plus dangereux : ils sont marqués par une effroyable mortalité des enfants non nourris au sein.

Nous avons pu constater combien il est difficile d'élever à la crèche les nourrissons âgés de moins de trois mois, malgré des soins minutieux. Il ne faudrait donc les accepter qu'à cet âge minimum. Ce vœu ne pourra guère être réalisé que le jour où la femme accouchée aura droit à l'assistance à domicile pendant les semaines qui suivront l'accouchement.

Un dernier souhait : un minimum de dépenses. Il est sans doute tout platonique, ce mode de puériculture par la crèche ne se prêtant pas facilement aux combinaisons du bien et du bon marché.

57. — **Comment installer une consultation de nourissons à la ville, à la campagne.** — La Presse médicale, 23 août 1905.

Permettez-moi de quitter aujourd'hui le domaine de l'obstétrique pure pour étudier avec vous un sujet de puériculture.

Cette leçon, qui pourrait vous paraître une digression, me semble cependant rentrer complètement dans le cadre des attributions de l'accoucheur chargé de votre instruction clinique.

Aux accoucheurs revient l'honneur et le mérite d'avoir compris la nécessité de la campagne en faveur de l'allaitement maternel, tendant, depuis longtemps déjà, à tomber en désuétude dans toutes les classes de la société.

Quand, suivant l'exemple de nos maîtres, nous interrogeons les femmes qui viennent accoucher dans cette clinique sur le sort des enfants qu'elles ont mis au monde, nous apprenons que la plupart ont succombé, plus ou moins tôt, à des accidents d'origine gastro-intestinale, le plus souvent.

Comment ont-ils été alimentés ? Au biberon, presque toujours administré par une autre personne que la mère. Au contraire, beaucoup de ceux qui ont survécu ont été allaités au sein.

Ces observations, accumulées par les accoucheurs, ne pouvaient manquer de les frapper ; voilà pourquoi ils furent les premiers à jeter le cri d'alarme, à dénoncer les dangers de l'allaitement artificiel, à diriger leurs efforts en vue de répandre une pratique plus naturelle, partant plus saine, plus hygiénique.

*
* *

Depuis quelques années, la médecine évolue Qu'il s'agisse de tuberculose, d'épidémies, etc., de curative cette médecine est devenue préventive dans la mesure du possible. Sur quel terrain meilleur que le terrain neutre du nourrisson bien portant peut évoluer l'hygiène prophylactique !

Le tout était de trouver le moyen de faire pénétrer dans toute la masse de la population ces principes d'hygiène, base fondamentale de la puériculture après la naissance.

Il semblerait *a priori* que toutes les mères doivent comprendre facilement cette vérité incontestable de la supériorité de l'allaitement à leur propre sein : c'est une erreur. Erreur encore de croire que cet axiome n'ait plus besoin de démonstration et qu'il est banal de s'en occuper.

Bientôt vous exercerez votre profession de médecin, les uns à la ville, les autres à la campagne. Quel que soit le milieu, observez, et vous ne tarderez pas à constater qu'il y a encore beaucoup à faire pour que cette idée pénètre profondément dans les masses et soit appliquée autant que le permet la nature et que l'exigent l'hygiène et la morale.

Trop nombreuses sont les mères qui pour des motifs futiles ne nourrissent pas elles-mêmes ; leur incapacité est vite reconnue par la grand'mère, la garde, la sage-femme, et quelquefois aussi par le médecin trop complaisant. Dès lors, bébé va être élevé au biberon.

Il y a pis encore : dans certains milieux de notre Société, l'enfant nouveau-né constitue un véritable embarras ; il va empêcher sa mère de vaquer à ses occupations antérieures, source de revenus supplémentaires pour le ménage ; il est envoyé en nourrice, c'est-à-dire à la mort presque certaine. Quelques sacrifices consentis pendant quelques mois auraient pu éluder la fatale échéance. On ne les fait pas, le plus souvent, j'aime à le croire, parce qu'on ne sait pas le sort réservé au malheureux abandonné.

Beaucoup d'œuvres ont été créées dans le but d'instruire la population sur la puériculture. Parmi elles je signalerai à votre attention la « Ligue contre la mortalité infantile ».

Voyez ces statuts et vous lirez à l'article 2 : « La Ligue fera tous ses efforts pour répandre les notions d'hygiène infantile et d'élevage rationnel des enfants du premier âge,... elle prendra, en un mot, toutes les mesures utiles de propagande et de vulgarisation. »

Le but poursuivi est surtout le suivant :

Combattre les ennemis de la première enfance, c'est-à-dire les vieux préjugés, la routine et l'ignorance ; faire connaître les causes de cette mortalité, montrer que la plupart sont évitables.

C'est au médecin qu'incombe le devoir de faire cette propagande, de redresser les erreurs, de répandre les connaissances nécessaires à la bonne conduite de l'allaitement ou de l'alimentation artificielle.

Ce dévouement du médecin n'a pas fait défaut ; nous le trouvons sur la brèche au milieu de toutes les institutions, telles que : Sociétés pour la propagation de l'allaitement maternel, Crèches, Œuvre des layettes, Abri de l'enfance, Laiteries philanthropiques, Gouttes de lait, Consultations de nourrissons.

Ce sont encore les médecins qui ont assumé la charge de vulgariser par la parole les bons principes : c'est le professeur Budin faisant un enseignement très suivi par des dames, des jeunes filles, des sages-femmes, à la Policlinique de M. H. de Rothschild ; c'est le professeur Pinard faisant un cours de puériculture dans une école communale de filles du boulevard Péreire. Vous le voyez, l'exemple est venu de haut, il a été suivi par beaucoup d'autres : à nous de les imiter.

L'étudiant en médecine a été peu initié jusqu'ici à l'étude de cette branche de la médecine qui n'est guère enseignee d'une façon spéciale. Elle a maintenant pris une extension particulière qui justifie la mesure prise à la Faculté de médecine de Lille. Grâce à la libéralité du Conseil général du Nord, qui prend à cœur toutes les questions d'hygiène et de philanthropie, vous avez pu suivre cette année un cours d'hygiène de la première enfance, où vous avez appris des choses extrêmement utiles et intéressantes. Il n'est pas douteux que cet enseignement se perpétue et se généralise aux autres Facultés, suivant le vœu exprimé par M. Marfan.

Mais, me direz-vous, comment devrons-nous procéder pour

faire profiter la population de cet enseignement ? Quelle est la meilleure œuvre de protection de l'enfance ?

M'en rapportant à ce que j'ai vu, à Paris, dans le service de M. le professeur Budin, à tout ce que j'ai lu sur ce sujet, je n'hésite pas à considérer les consultations de nourrissons comme tenant le premier rang.

Qu'est-ce donc qu'une consultation de nourrissons ? Comment procéder à son installation ?

Tout d'abord rappelez-vous ceci : la consultation de nourrissons n'est nullement destinée à traiter les enfants malades ; ce soin incombe aux cliniques infantiles, au médecin praticien exerçant sa profession de thérapeute. Son but est d'empêcher que l'enfant devienne malade, de le surveiller pour qu'il conserve la santé. Toutefois, je vous dirai : acceptez à la consultation les enfants atteints de troubles digestifs capables de guérir par une alimentation rationnelle.

Il en est peut être parmi vous, Messieurs, qui ont étudié cette question ; à ceux qui ont lu les travaux relatifs à ce sujet, il est peut-être resté un doute dans l'esprit. Quelques médecins, et non des moins autorisés, ont blâmé les consultations de nourrissons, les Gouttes de lait, leur reprochant principalement d'être des écoles d'allaitement artificiel.

Voulez-vous vous convaincre de l'inexactitude de ce reproche ? Consultez les *Annales de la Société Obstétricale de France* de 1902 : vous y trouverez une série de communications qui démontrent péremptoirement que, partout où il y a des consultations de nourrissons la proportion d'allaitement au sein maternel augmente chaque année. Lisez la très intéressante monographie de M. Maygrier[1] et surtout la remarquable conférence de M. le professeur Budin[2] à la Société de l'Internat (23 Février 1905) : vous y trouverez les mêmes constatations et plus encore. Cette lecture vous apprendra

---

1. Ch. Maygrier. — « Les consultations de nourrissons ». (*L'œuvre médico-chirurgicale*, n° 35).

2. P. Budin. — « Les consultations des nourrissons ». *Revue d'hygiène et de médecine infantiles*, 1905, n°s 2 et 3.

tout l'intérêt que ces consultations présentent pour le médecin et le rôle qu'elles peuvent jouer pour l'éducation des mères.

Ainsi édifiés, vous deviendrez des adeptes de cette institution, et, plus tard, avec la pratique, vous serez des convaincus.

Il ne suffit pas de vous dire : faites des consultations de nourrissons ; il importe tout d'abord que vous sachiez comment les installer.

*
*

Je vous disais il y a un instant que, parmi vous, les uns vont exercer en ville, les autres à la campagne ; si j'ai établi cette distinction, c'est qu'elle a sa raison d'être en ce qui concerne l'installation et le fonctionnement des consultations de nourrissons.

Lorsqu'en 1892 M. Budin créa, à l'hôpital de la Charité, la première consultation type, il lui attribua les fonctions suivantes : diriger les mères ignorantes, les engager à continuer l'allaitement au sein et, dans les cas où il deviendrait insuffisant, les aider en leur donnant du lait de vache de bonne qualité et stérilisé.

Remarquez dès maintenant qu'il y est permis de faire une distribution de lait.

Afin de mieux marquer ce rôle, M. Dufour, de Fécamp, fondant, en 1894, une œuvre parallèle, lui donne le nom imagé de Goutte de lait ; l'expression a fait fortune, a même passé à l'étranger, en Angleterre, sans subir la traduction. Le but de M. Dufour était, *faute de mieux*, de donner du lait de bonne qualité aux enfants alimentés artificiellement.

Ainsi donc, qu'il s'agisse de consultations de nourrissons, de Gouttes de lait, à côté des conseils médicaux poussant au maximum à l'allaitement maternel, à côté de la surveillance médicale des enfants, il y a, par la force des choses, une distribution de lait. Si bien que, envisageant les choses à fond, on ne voit pas ce qui différencie, en principe, les deux institutions : les deux dénominations peuvent et doivent être confondues ou même fusionnées.

C'est qu'en effet, Messieurs, dans nos grandes villes principalement, il est encore beacoup de mères qui, pour des raisons d'ordre social, ne peuvent donner le sein à leur enfant ; d'autres

se trouvent obligées de pratiquer l'allaitement mixte, leurs occupations les forçant à s'absenter à certaines heures de la journée. Aux enfants de ces mères ouvrières vous devrez donner du lait ; vous en distribuerez encore à ceux dont les mères ne peuvent allaiter pour raisons d'ordre médical. Il est enfin des femmes dont la sécrétion laiteuse devient insuffisante après quelques mois : il convient de les aider.

Vous serez donc fatalement amenés à faire plus ou moins usage de l'alimentation artificielle.

Or, en ville, il est très difficile, pour la classe ouvrière, de se procurer du lait de bonne qualité ; plus difficile encore est de le conserver tel : voilà pourquoi il y a avantage à ce que la consultation se charge elle-même de la distribution d'un lait reconnu bon à l'analyse et devant échapper à la contamination par la stérilisation.

A la campagne, il n'en est pas de même. Chacun peut se procurer facilement du lait de bonne qualité et sortant de la traite au moins deux fois par jour ; la stérilisation devient inutile ; l'ébullition suffit à le rendre inoffensif. De ce fait il sera inutile de faire une distribution de lait. Là surtout réside la différence entre les consultations de nourrisons à la ville et à la campagne.

Que faut-il pour installer une consultation de nourrissons à la ville ?

Trois choses suffisent : une balance, un appareil à stériliser le lait, le dévouement d'un médecin (Jonnart).

Un local est cependant nécessaire ; une personne chargée de la stérilisation du lait et de sa distribution est indispensable Il faut acheter le lait, les appareils nécessaires à sa préparation, le biberons, les tétines, etc. Pour encourager les mères à allaiter, il convient de leur attribuer des primes dites d'allaitement, véritables secours en nature, destinés à subvenir dans une certaine mesure à la nourriture de ces femmes.

Tout ceci nécessite de l'argent.

La première condition pour installer une consultation de nourrisons est donc de recueillir une certaine somme dite d'installation et de s'assurer d'une autre somme dite d'entretien,

La tâche est parfois facilitée par de généreux philanthropes qui prennent ces dépenses à leur charge. S'ils font défaut, il est nécessaire de procéder autrement.

J'estime, pour ma part, que les municipalités doivent toujours entrer en ligne de compte dans la mesure permise par le budget. Les Conseils généraux des départements ne semblent pas devoir rester indifférents ; à ce titre le Conseil général du Pas-de-Calais a donné l'exemple : dans le Nord, il se déclare, suivant une circulaire de M. le Préfet, prêt à intervenir dans les communes dénuées de ressources.

Pensez donc à puiser d'abord à ces budgets ; sont-ils suffisants, c'est parfait et vous aurez vite fait d'installer votre consultation. Le plus souvent ce budget sera trop limité et demandera à être complété par la bienfaisance privée.

Je ne doute pas du succès d'une liste de souscription produisant une somme suffisante pour une année ; mais il faut envisager l'avenir.

Constituer une Société composée de membres régulièrement inscrits et apportant leur cotisation annuelle me semble préférable. On peut ainsi compter sur un revenu fixe devant servir à établir le budget.

Il est plus difficile qu'on ne le pense de recruter des adhérents, car, qui l'eût cru ! on trouve toujours à ces œuvres d'assistance un caractère politique. C'est là une erreur : la Presse, toujours disposée à soutenir les élans généreux et à contribuer au soulagement des misères humaines, peut aider beaucoup, se basant sur le seul terrain de la philanthropie. Faites donc appel à son intervention.



Ce sont surtout les mères mieux favorisées par la fortune qu'il faut gagner à votre cause : leur cœur s'émeut facilement à la pensée de l'enfant. Il est même désirable que beaucoup d'entre elles consentent à devenir dames patronnesses. Visitant de temps en temps vos petits clients de la consultation à domicile, elles apporteront un appoint moral qui garantira le succès de votre entreprise.

Supposons la question pécuniaire résolue : reste à trouver le local. M. Maygrier le décrit ainsi : « Il se compose ordinairement de trois pièces, dont voici la disposition sommaire ;

« 1° Une salle d'attente, bien aérée et assez vaste pour contenir le nombre habituel de personnes qui fréquentent la consultation : elle a pour mobilier des bancs ou des chaises ;

» 2° Une salle de pesage et d'examen. Elle est meublée d'une table sur laquelle se trouve la balance, d'une autre table qui sert au médecin et à ses aides pour écrire, et de quelques sièges ;

» 3° Une salle exclusivement affectée au lait et à sa distribution. »

Quelle préparation devra subir le lait ? La stérilisation au bain-marie à 100° pendant quarante-cinq minutes ou la pasteurisation ? Si l'on consulte les résultats obtenus par les partisans de ces deux procédés, peu importe le choix. Mais une intéressante communication de M. Perret, à la Société obstétricale de France de 1905 nous a montré les imperfections du lait pasteurisé ; aussi, jusqu'à plus ample informé, ayons recours au lait stérilisé, dans des appareils très simples et peu coûteux, pouvant contenir 50, 60 et même 100 biberons gradués.

Pour en faciliter la distribution et le transport, on se servira de petits paniers métalliques composés de 4 à 8 cases.

Une consultation exige encore les objets suivants :

1° Un grand registre où sont consignés tous les renseignements qui concernent les enfants, leur poids à chacune des visites, leur état de santé, le résultat de l'examen dont ils sont l'objet, etc.

2° Des fiches sur lesquelles doivent être inscrits, chaque semaine, le poids du bébé, le nombre de bouteilles de lait stérilisé qu'il reçoit, avec la quantité qu'elles renferment, etc. ; elles sont remises aux mères qui sont tenues de les présenter à chaque consultation ;

3° Des graphiques de poids (modèle du professeur Budin) sur lesquels figure la courbe schématique de l'accroissement normal par semaine d'un enfant né à terme, courbe de Sutils, dont doit se rapprocher celle du nourrisson.

Telles sont, Messieurs, les grandes lignes qui devront vous guider dans l'installation d'une consultation de nourrissons à la ville Rappelez-vous ceci : ayez le moins de frais généraux possible, dépensez vos ressources 1° en primes d'allaitement aux mères nourrices ; 2° en lait stérilisé.

*
* *

La consultation est installée ; comment va-t-elle fonctionner ?

Elle aura lieu une fois par semaine à jour et heure fixes. Dans les villes industrielles, comme Lille, il nous a semblé qu'il était préférable de profiter du dimanche. C'est jour de repos ; toutes les mères pourront apporter leur enfant elles-mêmes : point extrêmement important, puisque nous cherchons avant tout à les instruire.

Après un examen de chaque enfant, destiné à reconnaître une maladie contagieuse, le médecin réunit toutes les mères dans la salle d'attente et leur fait une courte demonstration pratique.

Vous insisterez surtout et toujours sur les avantages de l'allaitement au sein maternel ; vous direz à ces mères combien il importe qu'elles donnent à leur enfant tout le lait contenu dans leurs seins ; vous leur direz que vous êtes disposés à les aider le jour où elles se montreront nourrices insuffisantes, c'est-à-dire à faire profiter le nourrisson de l'allaitement mixte, bien supérieur encore à l'alimentation artificielle. Les avantages que leur procure la consultation seront un précieux encouragement à leurs efforts.

C'est en excitant l'amour-propre maternel, soit par quelques compliments, soit par quelques paroles de blâme, qu'on arrive à des résultats inespérés : prolongation de l'allaitement au sein d'un enfant sur le point d'être sevré prématurément, reprise d'un allaitement interrompu, etc.

Vient ensuite la consultation individuelle : chaque mère, à tour de rôle, est appelée et assiste à la pesée de son enfant, dont elle constate ainsi elle-même le développement. Ce poids est inscrit sur le registre, la fiche, le graphique. La visite médicale de l'enfant est suivie des conseils nécessaires pour l'alimentation.

Le lait stérilisé est prescrit, selon les indications, par le médecin, qui décide du nombre de biberons à distribuer et de la quantité de lait qu'ils doivent contenir.

M. Mocquot (d'Appoigny) a très justement fait remarquer que, pour beaucoup de choses en médecine, la pratique, à la campagne, diffère complètement de celle des villes. C'est pourquoi il a

donné quelques conseils très judicieux et très pratiques que je veux vous faire connaître.

Le but des consultations de nourrissons à la campagne est le même qu'en ville : la direction de l'allaitement.

« A la campagne, dit-il, il faut que tous les rouages soient simplifiés et que le budget soit réduit à zéro. Mais j'espère que, dans un avenir prochain, les assemblées communales et départementales, lorsqu'elles seront bien convaincues des merveilleux résultats que l'on peut obtenir, mettront des fonds à la disposition de ces consultations.

» En attendant, nous devons, nous médecins faisant des consultations de nourrissons à la campagne, partir de ce principe que nous n'avons rien à distribuer pour attirer les mères et les nourrices, qui ne doivent venir à nous que pour être renseignées sur l'état de santé de leur enfant et recevoir des conseils. »

M. Mocquot fait ses consultations le jeudi, car il prend comme secrétaire l'institutrice, ou l'instituteur ou le secrétaire de mairie.

Il trouve plus difficile à résoudre la question du local. On ne peut s'offrir le luxe de trois salles ; il faut savoir se contenter d'une pièce remplissant ces trois conditions indispensables : suffisamment grande, facile à chauffer et à aérer après la consultation.

Le danger des contagions entre enfants ainsi réunis est la grosse objection. Il est donc indispensable de faire comprendre aux mères et aux nourrices que, si leur enfant est malade, elles ne doivent pas le présenter à la consultation : il est de plus nécessaire que le médecin surveille chaque enfant à son arrivée.

D'ailleurs les mères n'ignorent pas les dangers des maladies contagieuses ; à la campagne, elles se connaissent mieux entre elles et exercent d'elles-mêmes une sorte de police sanitaire.

M. Mocquot pratique le pesage en présence de toutes les mères réunies et se sert d'un pèse-bébé aussi simple que possible, placé près du foyer, et recouvert d'une simple feuille de journal que l'on change à chaque pesée.

Il utilise le registre, les fiches, etc., il a l'habitude de donner quelques conseils généraux lorsque tous les enfants ont été examinés et c'est le plus souvent un des enfants qu'il vient de voir qui est le sujet de la causerie.

« Il y a là, dit-il, une double utilité : d'abord, c'est une leçon de choses et ensuite cette courte conférence sert beaucoup à attirer l'attention des mères et des nourrices ; on ne saurait croire combien est grand le bénéfice qu'elles en tirent. »

Ce qui différencie surtout les consultations de nourrissons à la ville et à la campagne, c'est que ces dernières peuvent fonctionner avec un très faible budget : on n'y distribue pas de lait, pas de prime d'allaitement. Et cependant on réussit au-delà de toute espérance. M. Mocquot rapporte que les communes réclament une consultation quand elles en sont privées, que celle-ci est toujours régulièrement suivie, même par les femmes qui n'ont pas encore d'enfant, mais qui viennent là apprendre leur rôle de mère future.

*
* *

Vous pourriez me demander quels sont les résultats obtenus au point de vue social.

Ils sont excellents, et partout où il existe des consultations de nourrissons, la mortalité infantile a baissé dans des proportions notables. Je pourrais vous en citer divers exemples ; je me contenterai de vous signaler ce qui se passe dans l'Yonne. Je viens de lire le remarquable rapport, illustré de graphiques intéressants, de M. Marois, inspecteur de l'Assistance publique de ce département ; j'y trouve, suivant l'expression de l'auteur, un enseignement des plus édifiants, des plus réconfortants. La mortalité des enfants assistés de 0 à 1 an tombe de 17,50 pour 100 à 7,59 pour 100 et même à 5,96 pour 100 ; elle s'abaisse à 5,74 pour les enfants régulièrement visités, à 2,28 pour 100 pour les enfants présentés aux consultations de nourrissons.

« Quoi de plus éloquent que ce chiffre ! quel argument plus décisif pourrais-je apporter en faveur de ces consultations contre lesquelles certains médecins étaient si aveuglément partis en guerre, et quel vivifiant exemple ! Quel puissant encouragement il apporte à tous pour la poursuite et le développement d'une œuvre si féconde ! » (Marois).

Ne croyez pas, Messieurs, que seuls les enfants allaités artifi-

ciellement ont besoin de suivre ces consultations ; certes, ils sont moins exposés à la maladie et à la mort ceux qui sont allaités au sein maternel ; il en est cependant encore beaucoup qui succombent ; M. Budin a cité une commune des Alpes-Maritimes où toutes les mères allaitent leurs enfants ; cependant, en 1902-1903, la mortalité dans la première année a été de 138 pour 1000, et pour les enfants de un à deux ans, elle a atteint le chiffre énorme de 94 pour 1000.

Il y a, en effet, tout avantage à surveiller l'allaitement au sein, en vue surtout d'éviter la suralimentation, l'alimentation artificielle prématurée, etc. La période du sevrage, de l'éruption des dents est dangereuse pour l'enfant, et la mère a souvent besoin de conseils médicaux.

Je crois, Messieurs, vous avoir édifiés suffisamment sur ce sujet ; faites donc plus tard des consultations de nourrissons et vous aurez la satisfaction de voir diminuer la mortalité infantile, d'avoir rendu plus forts et plus résistants des enfants qui ont conservé leur appareil digestif intact. Vous remplirez ainsi une partie de votre rôle de médecin : vous pratiquerez la médecine sociale.

58. — **Les crèches industrielles.** — La Presse médicale 23 Décembre 1905.

La mortalité des nourrissons est d'autant plus élevée que ceux-ci sont plus jeunes : elle est considérable pendant les premiers jours, les premières semaines, le premier mois.

Ce premier point est nettement établi par les statistiques. Il en est un second qui ne manque pas d'importance : cette mortalité est variable suivant les milieux sociaux. La misère des parents est le plus grand ennemi de l'enfance ; le maximum de mortalité (60 a 80 pour 100) s'observe dans les villes manufacturières et sur les enfants dont les mères ne peuvent consacrer leur temps au nouveau-né.

Celles-ci sont maintenant très nombreuses : 2.178.894, dit M. Roger, dont 1.476.139 âgées de dix-huit à quarante-quatre ans, c'est-à-dire en pleine période d'activité génitale.

La plupart de celles qui deviennent mères ne peuvent remplir complètement leur rôle : « pour gagner de quoi vivre », « pour ne pas perdre leur place », elles retournent au travail quelques jours après leur délivrance.

Nous avons l'occasion de constater ce fait quotidiennement à la Clinique obstétricale de Lille. La majorité de nos accouchées sont des ouvrières de filature ; elles quittent la clinique six ou dix jours après leur délivrance et reprennent immédiatement leur travail A part de rares exceptions, toutes allaitent leur enfant pendant leur séjour à l'hôpital ; après leur sortie, la proportion est inverse. Dès lors, non seulement l'enfant n'est pas allaité par la mère, mais, de plus, il est confié à d'autres mains.

Il y a ainsi séparation forcée de la mère et de l'enfant, insuffisance maternelle d'origine sociale.

Les conséquences en sont démontrées par les statistiques de Dluska, Luling et Petit :

	Mortalité
Sein maternel.	13 pour 100
Biberon donné par la mère. . .	32 —
Sein en nourrice.	50 —
Biberon en nourrice.	65 —

La conclusion s'impose : le nouveau-né doit être mis au sein ; il doit être nourri par sa mère. Telle est la règle à laquelle il sera fait aussi peu d'exceptions que possible (Budin).

Dans les milieux sociaux dits « plus élevés », il semblerait que la chose doive être facile. Le médecin apprend à en connaître les difficultés, qu'il arrive à vaincre avec de la patience, de la conviction.

Il n'en va pas de même dans le milieu ouvrier : il y a ici des obstacles, et la mère ne peut, pour des raisons sociales, allaiter son enfant.

L'allaitement maternel devient ainsi une question sociale, exigeant, pour être résolue, une législation particulière. La plupart des puissances européennes la possèdent ; chez elles, existe une loi qui a décidé le repos obligatoire avant et après les couches pendant une période de six semaines. L'enfant peut être allaité par sa mère pendant la période la plus critique de son existence.

Il est très beau de décréter un repos obligatoire de quatre semaines aux femmes accouchées, mais cette obligation doit entraîner nécessairement l'allocation d'une indemnité.

Là est la pierre d'achoppement : « en fait, dans tous les pays où l'on s'est borné à ordonner le repos, la loi n'est pas appliquée ; au contraire, en Allemagne, en Autriche, où des indemnités sont données aux mères, la loi est respectée » (Budin)

En France, toutes les propositions concernant cette question ont échoué devant le Parlement.

Et cependant, depuis longtemps déjà, la nécessité d'une loi protectrice de la mère et de l'enfant s'est imposée aux économistes.

Le 28 juin 1793, sur le rapport du citoyen Maignet, parut le décret de la Convention relatif aux secours à donner aux enfants.

Cette loi, qui ne put être appliquée, emportée par la tourmente révolutionnaire, renfermait tous les désiderata : secours de grossesse, secours d'allaitement, sans distinction entre les mères et les filles-mères nécessiteuses, pour celles-ci maternité secrète et hospitalisation précoce, secours à domicile, « le plus moral et le plus consolant, le plus utile et le moins dispendieux » (Maignet).

Malgré l'échec des efforts de MM. Brousse et Dron, Lafargue, Ferroul, Jourde et P. Richard, M. Strauss n'a pas déposé les armes. Il a entrepris à nouveau de faire décréter par une loi le repos obligatoire après les couches, en complétant cette mesure par un système d'assistance aux mères et aux enfants.

L'assistance privée ou publique s'est déjà manifestée de diverses façons et a rendu d'énormes services qui se sont traduits partout par une diminution considérable de la mortalité infantile.

Les chiffres des Mutualités maternelles sont là qui nous démontrent que, si la mère ne travaille pas, si elle est assistée pendant le premier mois, et si elle donne le sein, la mortalité infantile peut être presque réduite au minimum (Budin).

En admettant que nous arrivions à cet idéal du repos obligatoire et de l'assistance pendant un mois, nous ne devons pas considérer notre tâche comme terminée. C'est pendant plusieurs mois que l'enfant a besoin du sein maternel. Nous devons chercher les moyens capables de le lui assurer à partir du jour où la mère rentre à l'usine ou à l'atelier.

Ce qui importe avant tout, c'est que l'enfant ne soit pas séparé de sa mère ou que cette séparation soit réduite au strict minimum.

Il ne peut être question du placement en nourrice, de mise en garde chez les « soigneuses » ; il n'est pas beaucoup meilleur de laisser l'enfant aux soins de sœurs plus âgées ou de personnes déjà vieilles. Restent les crèches, dont nous avons discuté les résultats . bien tenues, elles constituent une certaine garantie pour l'enfant ; il n'en est pas moins vrai que c'est la mise à l'allaitement mixte d'abord, à l'allaitement artificiel ensuite, et souvent à bref délai.

La crèche aura toujours sa raison d'être pour une certaine catégorie d'enfants et pour ceux déjà sevrés ; mais, pour les nourrissons des mères travaillant en assez grand nombre dans des usines ou des ateliers, il y a mieux à faire.

*
* *

On a conseillé de construire les crèches à proximité des usines (Circulaire du Président du Conseil, 1903), afin de permettre aux mères de venir allaiter. Ce système exige la sortie de l'ouvrière de l'établissement : la plupart des chefs d'industrie ne veulent pas l'accepter.

Pour obvier à cet inconvénient, il suffit d'installer une crèche, une garderie, à l'intérieur de l'usine ; à ces crèches on a donné les noms suivants : crèches industrielles, crèches d'usines, nourriceries industrielles, garderies d'enfants annexées aux usines.

Cette dernière dénomination indique réellement bien le but poursuivi : la garde de l'enfant pendant le travail de la mère, qui vient l'allaiter elle-même.

Une loi italienne (Mars 1902) exige qu'une chambre d'allaitement soit installée dans toutes les fabriques où il y a au moins 50 ouvrières.

En France, actuellement, nous ne pouvons que conseiller la création de ces garderies dans tous les établissements où le personnel féminin est nombreux.

L'exemple a déjà été donné par plusieurs d'entre eux, que nous sommes heureux de signaler.

C'est, en effet, dans le département du Nord, dans une commune voisine de Lille, à Loos, que fut fondée la première crèche industrielle. Depuis 1870, MM Thiriez ont installé dans leurs établissements un ensemble d'œuvres d'assistance, parmi lesquelles se trouve une crèche, sur laquelle M Lévesque nous donne quelques détails (Thèse de Lille, 1905).

Tous les enfants des ouvrières de la maison y sont reçus de trois mois à quatre ans.

Ce délai de trois mois a été ainsi fixé afin de faire comprendre aux mères que l'enfant a besoin de tous leurs soins pendant cette période de son existence. Aussi, en règle générale, après les six semaines du repos obligatoire, l'accouchée demande une prolongation qui lui est toujours accordée. Il y a allocation d'une indemnité ; à ce point de vue, le règlement est très large : toute femme enceinte ou accouchée, ayant, après avis du médecin, besoin de repos, est considérée comme malade et touche son indemnité

Cette crèche fonctionne sous la surveillance d'un médecin ; des sœurs donnent aux enfants les soins corporels. L'allaitement y est fait par les mères, sauf contre-indication reconnue par le médecin A neuf heures, midi et quatre heures, les mères-nourrices peuvent disposer du laps de temps nécessaire. Aussi, l'allaitement au sein par la mère, pendant la première année, est la règle.

Voici les résultats signalés par M. Lévesque :

En trente-cinq ans, il y a eu :

Entrées	Décès	Taux de la mortalité
878	16	9,58 pour 100

Or, la mortalité infantile, à Lille, étant de 29,4 pour 100, d'après l'auteur (elle a baissé au cours de ces dernières années), on peut déjà voir que le bénéfice net obtenu par la crèche industrielle est de 20 pour 100.

Ne considérant que les enfants de moins d'un an qui fréquentent la crèche, M. Lévesque donne :

Entrées	Décès	Taux de la mortalité
312	10	9,58 pour 100

Soit encore un bénéfice de 20 pour 100 sur la mortalité totale de la ville et de 30 pour 100 sur la mortalité considérée exclusivement dans les classes ouvrières.

En ne prenant que les chiffres de ces dix dernières années, on trouve :

Entrées	Décès	Taux de la mortalité
—	—	—
312	10	3,2 pour 100

En ne comptant que les enfants au-dessous d'un an :

Entrées	Décès	Taux de la mortalité
—	—	—
39	5	12,8 pour 100

Soit un bénéfice de 17 pour 100 sur le taux de la mortalité globale à Lille, de près de 30 pour 100 sur la mortalité infantile considérée exclusivement dans les classes ouvrières.

Etant donné qu'à Lille il y a, en moyenne, 6.000 naissances par année, que la mortalité infantile y est de 294 pour 1.000, il y aurait, en moyenne, 1.764 décès d'enfants ; réduite à 120 pour 1.000 comme à la crèche industrielle, il n'y aurait plus que 968 décès d'enfants de zéro à un an, au lieu de 1.764, soit un bénéfice de 996

La nourricerie industrielle nous apparaît comme l'institution par excellence à généraliser pour diminuer le taux de la mortalité infantile (Lévesque).

Admettons cette conclusion en principe, mais faisons des réserves sur les chiffres ; voici pourquoi : nous rappellerons qu'à la crèche de MM. Thiriez, on ne reçoit les enfants qu'à trois mois, c'est-à-dire après la période la plus dangereuse de leur existence. Il est donc tout naturel que le taux de la mortalité y soit moindre. Est-il de beaucoup inférieur à celui de la mortalité infantile en général après le troisième mois ?

En 1877, M. Lelarge, de Reims, ouvrit une crèche dans son usine Même création, en 1881, dans les papeteries de M. Laroche-Joubert, d'Angoulême. En 1889, installation d'une crèche dans les établissements Gévelot, aux Moulineaux. A la crèche de Senones, ouverte en 1890 par les soins de M. Charles Vincent, la mortalité moyenne a été de 2,50 pour 100 au lieu de 16 pour 100

auparavant. A Moyens-Moutiers, la mortalité est tombée à 2,6 pour 100 pendant les deux premières années, et, en 1894, il n'y eût pas un seul décès.

En 1897, MM. Roger et Gallet fondent à Levallois une crèche où sont reçus les enfants dont le père ou la mère sont employés dans la fabrique de parfumerie. Les mères sont autorisées à interrompre leur travail le matin et l'après-midi pour venir allaiter leurs nourrissons, et même plus souvent, si le médecin le conseille.

En 1897, fondation d'une crèche à la cristallerie de Baccarat, à la manufacture de monerie Loonen à Tracy le-Mont.

A Nancy, en 1898, est fondée la crèche Jeanne Wunschendorff, œuvre privée non subventionnée, spécialement créée pour les ouvrières de la manufacture de tabacs, située à cinquante mètres de cet établissement.

La direction de la manufacture permet aux mères de se rendre à la crèche deux fois par jour, à 10 heures et à 3 heures.

L'administration des tabacs alloue aux mères ouvrières de la manufacture une indemnité de 30 francs à la suite de chaque accouchement. La nouvelle accouchée n'est autorisée à reprendre le travail qu'après vingt jours.

A Lyon, les ouvrières ont à leur disposition une crèche, proche de la manufacture, qui est entretenue par la Société protectrice de l'enfance.

En 1904, MM. Blin et Blin, d'Elbeuf, engagent les ouvrières de leur établissement à mettre leurs enfants en garde à la crèche municipale, proche de l'usine, accordent toutes facilités aux mères désireuses d'allaiter, attribuent une prime de 100 francs, consistant en un livret de caisse d'épargne pris au nom de l'enfant, à toute mère qui aura allaité elle-même son nourrisson.

En outre, une note imprimée, rappelant tous les avantages de l'allaitement maternel, a été répandue dans les ateliers pour engager les femmes à nourrir elles-mêmes leurs enfants.

Dans la *Vie illustrée* du 3 Juin 1904, M. H. du Weindel a fait paraître une étude sur la garderie de la manufacture J. Hayem, située 145, boulevard Voltaire, à Paris. L'organisation en a été confiée à M. E. Paquy.

L'installation de huit lits a coûté 2.245 fr. 25; l'entretien

mensuel revient à 150 fr. 50, y compris le traitement de la garde, infirmière de profession, offrant toutes garanties au point de vue médical.

On peut, dit M. Mézie, dans sa thèse, obtenir des résultats très satisfaisants avec des frais d'installation et d'entretien moindres.

M. Vitoux a pu annexer à son usine de Troyes une garderie comprenant cinq lits, dont l'installation ne lui a coûté que 1 050 francs.

Une femme expérimentée se trouve à la tête de cette œuvre qui reçoit la visite régulière d'un médecin. Tous les frais sont à la charge de l'usine. Ils sont de 20 francs par mois pour un seul enfant, et de 10 francs pour chaque autre.

Le public des industriels est donc acquis à la cause des garderies (Mézie).

*
* *

Nous venons de voir ce qu'a fait l'initiative privée ; voyons ce qui se passe dans les manufactures de l'Etat (tabacs et allumettes).

Une note remise à M. le professeur Budin par le ministre des Finances va nous l'apprendre.

Nous savons déjà ce qui existe pour les manufactures de Nancy et de Lyon ; voyons les autres.

L'administration des manufactures de l'Etat prélève chaque année sur ses allocations 25.000 francs environ, afin de donner à celles de ses ouvrières qui le désirent toutes facilités pour placer leurs enfants en bas âge dans une crèche pendant la durée du travail

A Châteauroux, le Mans, Nantes, Orléans, Riom, Toulouse, Dieppe, il y a une crèche installée dans les locaux mêmes de la manufacture ; les frais sont à la charge de l'administration. qui se borne à exiger des mères une légère rétribution.

A Bordeaux, Dijon, Marseille, Morlaix, Pantin, Paris (G. C.), Reuilly, l'administration accorde une subvention à une ou deux crèches municipales ou privées, situées à proximité de la manufacture.

Six manufactures sont totalement dépourvues de créches : le Hâvre, Lille, Limoges, Nice, Orléans, Tonneins.

A Limoges, le personnel est exclusivement masculin. A Nice, l'administration a mis à la disposition des mères une salle de nourrices pour l'allaitement de leurs enfants. Mêmes facilités à Marseille, où les mères peuvent venir, dans une salle spécialement réservée à cet usage, allaiter leurs enfants, en se les faisant apporter de l'extérieur pendant les heures d'ouverture des ateliers.

A Aix et à Bègles, depuis 1898. l'administration subventionne aussi deux crèches existant à proximité de la manufacture d'allumettes.

Les usines de Marseille (Prado), Pantin (Aubervilliers), Saintines et Trélazé sont dépourvues de toute installation de ce genre.

A Issy-les-Moulineaux, le terrain est acheté pour la construction d'une crèche.

Afin d'engager les mères à allaiter elles-mêmes, non seulement elles ne verseront plus la minime cotisation de 0 fr. 10 ou 0 fr. 20 par jour, mais celles qui nourrissent reçoivent une allocation de 10 francs par mois pendant quatre mois, accordée par M. Rouvier sur les instances de M. Budin.

Nous espérons, dit M. Mézie, que dans un avenir très proche toutes ces manufactures de l'Etat seront pourvues de garderies.

L'administration des postes n'est pas non plus restée indifférente aux appels de M. Budin.

Pendant tout le temps nécessaire à leurs couches, les employées reçoivent leur solde entière ; la demi-solde est accordée à celles qui désirent se reposer dans les dernières semaines de la grossesse, ou après l'accouchement, pour allaiter leur enfant.

En 1904, le ministre de la Guerre a recommandé aux directeurs des établissements militaires d'user de la plus grande tolérance pour les heures d'arrivée, à l'égard des mères ouvriéres, afin de leur permettre de concilier leur devoir professionnel avec les soins qu'exigent de tous jeunes enfants.

L'Etat a donc suivi l'exemple de quelques industriels, qui seront imités par d'autres.

Les garderies d'enfants annexées aux usines constituent le meilleur moyen pratique et économique de permettre à des milliers d'ouvrières d'allaiter leurs enfants.

Une loi peut en imposer la création dans tous les établissements

industriels de quelque importance. La plupart des chefs d'industrie s'y soumettront bien volontiers ; les ouvrières ne considéreront plus la garderie comme une aumône et toutes y amèneront leurs enfants qu'elles allaiteront.

En comptant qu'il y a 2.500.000 ouvrières et employées de tout âge en France, et que le nombre des naissances est en moyenne de 4 pour un an et pour 100 femmes, on peut escompter 100 000 naissances par an.

La proportion annuelle moyenne des décés pour les enfants de zéro à un an est de 202 pour 1.000. Nous en défalquons 70 qui meurent le premier mois ; restent donc 132 décès de un mois à un an pour la population totale.

D'autre part, la consultation de nourrissons de Pantin-Aubervillers, qui ne sert qu'à des ouvrières, accuse 76,13 décès pour 1.000 pendant l'exercice 1901.

Si l'on compare ces chiffres, on voit que 5.587 décès infantiles (6.000 en chiffre rond) pourraient être évités par an.

On arrivera à ce résultat par la création des garderies d'usine, qui ne seront que des consultations de nourrissons perfectionnées. (Mézie).

Le travail de M. Mézie, inspiré par M. le professeur agrégé Bonnaire, accoucheur de Lariboisière, se termine par la description succinte d'une garderie modèle. Nous nous faisons un devoir de la reproduire.

Une garderie modèle doit comprendre :

1° *Comme logement :*

Deux pièces exposées au midi et éclairées par de larges baies : l'une servant de salle pour les bébés, l'autre réservée à l'allaitement.

Des murs complètement peints, un parquet dallé (ou recouvert tout au moins de linoleum) pour qu'on puisse facilement le laver.

2° *Comme ameublement :*

Des lits en fer (5 pour 100 ouvrières).

Des corbeilles en osier (avec matelas) en nombre égal aux lits.

Un chauffe-bains, une baignoire.

Une table, un pèse-bébés.

Des chaises en métal.

Des cartons numérotés (pour le linge des enfants).

Une boîte à linge sale.

Une armoire à linge.

Un trousseau complet (y compris la literie) pour chaque enfant.

Le chauffage à la vapeur, l'éclairage à l'électricité, si possible.

3° *Fonctionnement :*

On prendra comme directrice une infirmière (à son défaut une mère intelligente et expérimentée) qui ne quittera pas la garderie.

Les enfants seront déshabillés tous les matins, baignés et emmaillotés avec le linge propre de la garderie. Ils ne reprendront le linge qui leur appartient que le soir à la sortie.

Les bébés seront pesés tous les huit jours. On établira leurs courbes et tous les incidents de la semaine seront consignés sur un registre spécial que visera le médecin.

Tout enfant reconnu malade sera immédiatement remis à sa famille.

Une fois par semaine, la mère présentera elle-même son enfant au médecin attaché à l'établissement.

* * *

Résumant cette étude, nous pouvons dire que la crèche industrielle doit donner d'excellents résultats moraux et sociaux : la mère ne quitte pas son enfant, le surveille, l'allaite.

Ce mode de puériculture est le moins onéreux. Est-il à l'abri de toute critique ? On parle des dangers de contagion : ce reproche s'applique à toutes les œuvres qui obligent de réunir beaucoup d'enfants. Il s'applique d'autant moins aux garderies d'enfants que, dans celles-ci, les nourrissons y sont toujours peu nombreux.

Le médecin, le philanthrope, en attendant que le législateur l'impose, doivent donc conseiller à tous les industriels d'installer une crèche dans leurs établissements. Ils feront ainsi œuvre sociale vraiment utile.

Est-ce à dire que la crèche, telle qu'elle existe actuellement, doive disparaître ? Nullement. Il y a toujours assez d'enfants dont les mères, non ouvrières d'usines, doivent s'absenter une partie de la journée et ont besoin de la crèche.

Celle-ci doit encore et toujours être là pour recevoir les enfants sevrés jusqu'à l'âge de trois ans auquel ils sont admis dans les écoles maternelles.

Pour tous ceux-ci, la crèche peut et doit rendre des services incontestables. Grâce aux garderies d'usines, elle se trouvera allégée de tous ces jeunes enfants qui sont bientôt la proie de l'allaitement artificiel. Les deux institutions ne s'excluent pas, elles se complètent et, grâce à elles, nous pouvons faire l'économie de nombreuses vies humaines.

59. — **De l'assistance maternelle**. — La Presse médicale, 2 février 1907.

L'assistance maternelle se définit d'elle-même : c'est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour venir en aide, matériellement, médicalement et moralement, aux femmes en état de grossesse, aux parturientes, aux femmes récemment accouchées et surtout aux mères-nourrices.

Est-elle utile, indispensable ? Les quelques considérations suivantes vont répondre : « En France, on ne naît pas assez et on meurt trop » (Waldeck-Rousseau). Cette phrase résume admirablement la cause du trop faible accroissement de la population française, situation qui incita aux réflexions les plus pessimistes et qui émeut un certain nombre de nos concitoyens.

Les uns, animés des meilleures intentions, ont tenté de relever le taux de la natalité ; les autres, peut-être mieux inspirés parce qu'attaquant le mal par un côté plus pratique et plus certain dans ses résultats, se sont livrés et se livrent encore avec ardeur à cette noble tâche : diminuer le taux de la mortalité

Si la mort frappe les humains de tout âge, elle s'attaque de préférence aux tout jeunes enfants : les statistiques le prouvent. Voilà pourquoi, de tous côtés, nous voyons surgir des œuvres destinées à combattre la mortalité infantile et à faire des individus vigoureux, résistants, capables de devenir des citoyens véritablement utiles.

La solution d'un pareil problème n'est pas aussi simple qu'elle paraît au premier abord, car elle dépend surtout d'un facteur extrêmement important, à savoir la diffusion, aussi généralisée que possible, de l'allaitement maternel. C'est là, en effet, le meilleur traitement prophylactique et curatif de la plupart des affections qui déciment les nourrissons.

Or, cet allaitement maternel, qu'on peut à la rigueur obtenir dans certains milieux de notre société, est difficile, au contraire, à réaliser dans la population ouvrière Il existe là des obstacles réellement sérieux s'opposant à la généralisation de cette pratique aussi hygiénique que morale.

Pourquoi la mère ouvrière ne peut-elle pas allaiter? Parce qu'obligée de gagner sa vie et celle de son enfant si elle est seule, isolée, parce qu'obligée de participer à un travail rémunérateur, complétant le salaire insuffisant du père, si elle fait partie d'une famille constituée régulièrement ou non. Cette nécessité la force généralement à quitter son domicile, à se séparer de son enfant, et, partant, l'allaitement au sein, si par hasard il a été commencé, est bien vite remplacé par l'alimentation artificielle ; les soins maternels font place à d'autres, qui ne peuvent les suppléer.

L'enfant d'une mère pauvre n'a donc pas droit au lait et au cœur de sa mère, pratiquement parlant : là est l'origine de sa morbidité énorme, de sa léthalité considérable.

Il y a plus encore : il est démontré que la femme enceinte qui travaille, debout principalement, pendant toute sa grossesse, accouche souvent prématurément. Le prématuré, moins résistant, a plus que tout autre besoin du lait maternel, et malgré tout il succombe plus facilement. Il y a donc intérêt à ce que la gestation évolue jusqu'au terme normal.

C'est dire que la lutte contre la mortalité infantile ne doit pas seulement viser l'enfant déjà né, mais aussi l'enfant à venir. La société lui doit protection dès avant la naissance ; ses moyens d'action doivent porter sur la future mère.

De là la nécessité de l'assistance de la femme enceinte pauvre et incapable de se suffire à elle-même, devant précéder l'assistance de la mère et du nouveau-né.

Cette assistance présente encore deux autres avantages incontestables : elle permet de surveiller la grossesse, de parer aux différentes éventualités fâcheuses qui peuvent survenir, compromettant la santé, voire même la vie de deux êtres ; elle permet, en outre, d'agir moralement sur la future mère, de la diriger vers la pratique de l'allaitement au sein.

Suit l'exposé de ce qui a été fait en matière d'assistance mater-

nelle, soit par l'hospitalisation, soit par les secours à domicile, provenant ou de la Bienfaisance privée, ou de l'Assistance publique.

La conclusion est qu'il y a encore beaucoup à faire dans cet ordre d'idées. En 1903, M. Drouineau pouvait écrire : « A l'heure présente, il n'y a encore rien de fait et l'assistance maternelle demeure à l'état d'étude et non d'application réelle.

« Les femmes enceintes sont les ouvrières mêmes de la patrie ; ce sont elles qui la font, et qui la font d'autant plus robuste et vaillante qu'on leur prodigue plus attentivement les soins qu'exige leur état ».

60. — **La défense de l'enfant. — La puériculture à Lille.** La Presse médicale, 25 Janvier 1908.

Il est incontestable que les soins à donner aux nouveau-nés, aux nourrissons, ont de tout temps été l'objet des préoccupations, non seulement des mères, mais aussi des médecins. Si le mot « puériculture » est de date relativement récente (1866), la chose elle-même, c'est-à-dire la science d'élever les enfants, est déjà ancienne.

En 1759, Puzos consacre le chapitre XX de son « Traité des accouchements » à « la façon d'emmaillotter les enfants » ; il s'élève contre la pratique, alors fort en usage, consistant à « garotter » les enfants dans des langes et dans de fortes et larges bandes ; il réclame pour ces petits la liberté des mouvements.

Puzos est également un ardent défenseur de l'allaitement maternel. « Des avantages que procure à une mère le soin qu'elle prend d'allaiter ses enfants, et des dangers auxquels elle s'expose en ne les allaitant pas » : tel est le titre du chapitre XXX.

Tous les traités d'accouchements qui ont suivi ont réservé une part plus ou moins large à l'étude de l'hygiène du nourrisson.

Qui, en effet, est mieux placé que l'accoucheur pour s'occuper de ce sujet ? C'est lui qui, chargé du service d'une Maternité, a le plus de facilités de revoir d'anciennes clientes, de s'informer du sort des enfants à la naissance desquels il a assisté, de se rendre compte du déchet considérable de ces petites existences ; c'était lui qui devait fatalement être amené à chercher le remède.

C'est l'accoucheur qui, par ses relations médicales réitérées avec la future mère, avec la parturiente, avec l'accouchée, finit par obtenir sa confiance et acquiert assez d'autorité pour donner des conseils ; c'est lui qui prépare l'allaitement au sein, en indique la pratique, en aplanit les difficultés, voire même les obstacles.

Voilà pourquoi, dans cette histoire de la puériculture, nous trouvons les noms des maîtres de l'Obstétrique française, qui ont contribué largement au développement scientifique et philanthropique de cette branche de l'art médical, désormais assise sur des bases solides.

Cette assistance du nourrisson n'a pas seulement préoccupé le monde médical français ; nous avons vu se mettre à la tête du mouvement des philanthropes, des économistes, des hygiénistes, qui ont beaucoup fait pour sa diffusion.

Frappé des idées émises dans notre pays, l'étranger s'est mis à l'étude ; peut-être même va-t-il bientôt nous devancer : je n'en veux pour preuve que le récent rapport de Dietrich, au XIVe Congrès international d'hygiène et de démographie (Berlin, 1907).

Il est donc urgent que nous fassions connaître, chacun dans notre sphère, ce qui a été fait en faveur de la protection de l'enfance, et ce qu'il convient de faire encore. De là le titre de notre travail « La puériculture à Lille ».

*
* *

Voyons d'abord les statistiques de ces dernières années, ne serait-ce que pour les reprendre plus tard et les comparer à celles qui suivront.

ANNÉES	1903	1904	1905	1906
Enfants nés vivants. .	5.777	5.463	5.448	5.413
Mort-nés.	429	395	373	402
Décès de 0 à 1 an . .	1 264	1.188	1 175	1 162
	22 0/0	21,50/0	21,60/0	21,50/0
Décès de 0 à 1 an par	611	728	563	579
gastro-entérite . .	48 0/0	61 0/0	47 0/0	49 0/0
Décès de 1 à 2 ans . .	258	214	208	250

Ces chiffres sont intéressants à étudier ; il en ressort nettement que le nombre des naissances est en voie de diminution constante, fait constaté non seulement pour Lille, mais pour toute la France. Cette diminution n'est pas seulement facteur d'une population moindre, car le nombre des mariages, par exemple, a plutôt une tendance à augmenter : 1.955 en 1902 ; 2.014 en 1903 ; 1.886 en 1904 ; 2.014 en 1905 ; 2 050 en 1906.

Si la natalité va ainsi diminuant, sans grand espoir de la voir se relever, il importe de la contrebalancer par une diminution de la mortalité générale et de la mortalité infantile en particulier.

Laissant de côté, pour l'instant, la mortinatalité, sur laquelle nous reviendrons, nous voyons que la mortalité globale des enfants de 0 à 1 an se maintient à Lille à un taux presque invariable, soit 22 pour 100 du chiffre des naissances Cette proportion est encore relativement élevée ; à Marseille, par exemple, ville plus grande que Lille, la mortalité moyenne a été, pendant les six dernières années, de 16,7 pour 100.

Poussant plus loin l'analyse de notre statistique, nous constatons qu'à Lille, comme partout ailleurs, c'est la gastro-entérite qui fait toujours le plus de victimes : 48 pour 100 en 1903, 61 pour 100 en 1904, 47 pour 100 en 1905, 49 pour 100 en 1906. On peut donc dire que la moitié des enfants qui succombent au cours de la première année de l'existence sont emportés par les troubles digestifs. Il n'est pas douteux qu'un certain nombre, étiquetés « morts de convulsions », sont encore des victimes de la gastro-entérite, dont les convulsions sont un symptôme fréquent à cet âge.

Cette influence néfaste du défaut d'hygiène alimentaire se fait encore sentir pendant la seconde année ; la mortalité y est encore importante. Faite encore trop de gastro-entérite, elle est due beaucoup aux affections pulmonaires et aux maladies contagieuses ; mais, combien d'enfants résisteraient mieux à ces états pathologiques si leur organisme n'était déjà à l'avance profondément altéré, intoxiqué par des aliments défectueux !

En résumé, Lille occupe un rang peu enviable au point de vue qui nous intéresse ; Budin pouvait dire avec raison, dans sa dernière conférence, que le département du Nord, le premier de France par sa richesse, l'était aussi par sa mortalité infantile.

C'est là une situation déplorable au point de vue économique et national, car « de nombreuses valeurs sont produites chaque année inutilement, sans profit pour les familles et pour la nation, n'entraînant que des charges considérables pour ceux qui les produisent et les perdent presque en même temps. D'autre part, les causes de la grande mortalité des enfants diminuent en même temps la force de résistance des nourrissons qui survivent et affaiblissent ainsi la vigueur de la race dans sa postérité [1]. »

Doit-on appliquer à ces petits êtres qui viennent de naître la théorie du « laisser mourir » ? Doit-on rester impassible et croire, comme trop de personnes le disent encore, que c'est là un mal nécessaire que c'est la nature qui opère sa sélection ? Il faut être tout à fait ignorant des choses de l'enfance (et c'est la seule excuse des adversaires de la lutte), pour soutenir pareille assertion. Qu'elles viennent donc, ces personnes, assister à quelques consultations d'enfants, et elles verront avec quelle rapidité meurt un beau nourrisson à la suite d'erreurs d'hygiène alimentaire ! Celui-là n'est pourtant pas un dégénéré, mais il n'en succombe pas moins.

Quelques exemples pris ainsi sur le vif auraient vite converti les plus incrédules, qui ne tarderaient pas à comprendre que quelques conseils auraient suffi à arracher cet enfant à la mort.



En présence de la réalité navrante il faut agir. Avons-nous des moyens à notre disposition ? Certainement. Ils ont fait leurs preuves à Lille et ailleurs, mais ici ils ont porté sur un chiffre relativement trop minime pour influer de façon sérieuse sur les résultats généraux.

Qu'a-t-on fait à Lille pour lutter contre la mortalité infantile ?

Je serai bref sur les *crèches*. Les études que j'en ai faites antérieurement donnent des conclusions trop optimistes ; une expérience plus longue de ce mode d'assistance m'a convaincu que ce n'était pas là le rêve. Malgré tout ce que j'ai pu faire dans la crèche que je dirige, j'avoue très sincèrement que les résultats ne sont pas

1. Dietrich. — Congrès d'hygiène de Berlin, 1907.

brillants : j'ai vu de nombreux enfants dépérir progressivement pendant leur séjour à la crèche, ne revenir à la vie qu'après les avoir rendus assez tôt à leur famille.

Depuis longtemps il y a à Lille : 1° la *Société de charité maternelle* ; 2° la *Mutualité maternelle*. Je ne pourrai jamais dire assez haut tout le bien que je pense de ces institutions qui, chacune dans leur sphère, ont rendu et rendent encore les plus grands services Fondées dans le but de secourir les mères, elles contribuent indirectement à la protection de l'enfant. Elles n'ont qu'un tort : c'est de n'être pas assez riches pour englober un plus grand nombre de mères et d'enfants. A côté de ceux qui peuvent ainsi profiter de l'influence bienfaisante de ces institutions, il en est d'autres, beaucoup plus nombreux encore, qui ont besoin, eux aussi, d'une surveillance médicale assidue et d'une protection constante, pendant la première année surtout.

C'est ce qu'a compris L. Danel, aidé de quelques Lillois au cœur généreux, en fondant le *Dispensaire de la Protection de l'enfance du premier âge*, dont la direction médicale appartient actuellement à nos collègues Oui et Breton.

Ce dispensaire n'est autre chose qu'une consultation de nourrissons, admirablement organisée, où l'on favorise l'allaitement au sein par une distribution de bons de viande aux mères-nourrices, où l'on s'efforce de rendre aussi peu nuisible que possible l'allaitement artificiel, quand il est inévitable, en donnant du lait stérilisé — que les personnes non indigentes doivent payer.

Les résultats en sont publiés chaque année par M. Oui :

En 1904, (1er exercice), 60 enfants ont été surveillés ; 2 ont succombé ;

En 1905 (2e exercice), le dispensaire Danel a assisté 257 enfants, qui ont fourni 27.153 journées de présence, soit une moyenne de 106 jours par enfant ; 11 enfants sont morts, dont 7 avaient été présentés malades. Les divers modes d'allaitement se répartissent ainsi :

Allaitement	maternel.	61,86 pour 100
—	mixte.	11,86 —
—	artificiel	26,27 —

En 1906 (3e exercice), 433 enfants ont fréquenté les consultations, ayant fourni 59 367 journées de présence, soit une moyenne de 137 jours par enfant; 22 enfants ont succombé, dont 9 présentés déjà malades. Parmi les 13 présentés bien portants, 2 seulement ont été enlevés par la gastro-entérite. Il y avait :

242 enfants à l'allaitement	maternel.	56,10 pour 100	
56 —	mixte.	13	—
134 —	artificiel.	30,90	—

Ce rapide exposé suffit à mettre en évidence ce fait, maintes fois signalé, à savoir: que la Consultation de nourrissons est une excellente arme de lutte contre la mortalité infantile, en ce sens qu'elle réduit à sa plus simple expression la mortalité par gastro-entérite.

La voie tracée par Budin est donc la bonne. Voilà pourquoi, considérant qu'il y a encore à Lille beaucoup d'enfants susceptibles de la même surveillance, que le nombre de ceux qui fréquentent le dispensaire Danel est forcément limité, nous eûmes l'idée, en 1905, d'installer des Consultations de nourrissons dans divers quartiers de la ville. Ne possédant pas le premier élément de cette fondation, à savoir l'élément pécunier, nous nous sommes adressé à l'administration municipale, à la Préfecture, à l'administration du Bureau de Bienfaisance : nous avons trouvé partout les meilleurs encouragements, moraux et financiers.

Malgré tout, ces ressources étaient insuffisantes et peut-être surtout incontestantes (car, j'ai le regret de le dire, il est de nombreux Lillois qui ont la fâcheuse tendance a introduire la politique partout) ; nous avons fait appel à la bienfaisance privée et nous avons mis en pratique le programme que nous avions tracé quelques mois auparavant dans *La Presse Médicale* [1], à savoir : constituer une Société composée de membres régulièrement inscrits et apportant leur cotisation annuelle.

Avec l'aide de quelques amis dévoués aux œuvres de protection de l'enfance, grâce au zèle de mon excellent ami le docteur Delplanque, puissamment secondé par M. Crépy, adjoint à l'Assistance publique, nous eûmes bientôt réuni un certain nombre

1. V. Bué. — « Comment installer une Consultation de nourrissons à la ville, à la campagne » *La Presse Médicale*, 23 Août 1905.

d'adhérents, dont les cotisations et les dons forment ainsi le revenu fixe du budget de l'*Œuvre lilloise des Consultations de nourrissons*.

La Société était formée, les statuts furent approuvés, et la première Consultation était ouverte, le 15 Octobre 1905, dans les locaux de la Crèche municipale, à Moulins-Lille. Quelques semaines plus tard, une deuxième Consultation était installée à Fives, puis une troisième à La Madeleine *(intra muros)*, dans des locaux mis à notre disposition par le Bureau de Bienfaisance.

La Consultation de Moulins-Lille a attiré dès son début près de 250 mères de famille, dont 165 ont suivi régulièrement les consultations qui ont lieu le jeudi, à 4 heures, pour les enfants élevés au sein, et le dimanche, à 10 heures, pour ceux nourris artificiellement, ce dernier jour ayant été choisi pour permettre aux mères travaillant dans les usines de venir elles-mêmes recevoir les conseils médicaux.

Sur ces 165 enfants :

70	ont été nourris au sein.	41 0/0
45	étaient à l'allaitement mixte	27 0/0
50	— artificiel . . .	32 0/0

Beaucoup de ces enfants nous ont été présentés dans un état lamentable ; nous eûmes à enregistrer 11 décès, dont 6 par gastro-entérite : 2 à l'allaitement mixte, 4 à l'allaitement artificiel.

A Fives, 118 enfants ont pu être observés régulièrement :

49	à l'allaitement maternel	41 0/0
22	— mixte	18 0/0
47	— artificiel	41 0/0

Dix-huit enfants ont succombé, dont 8 par gastro-entérite, tous élevés au biberon.

Nous n'avons pu nous procurer les chiffres exacts pour La Madeleine ; les moyennes sont d'ailleurs analogues.

Dans le but d'encourager l'allaitement maternel, la Société distribue aux mères-nourrices des secours divers pain, viande, bons de fourneaux économiques, vêtements (layettes appropriées à l'âge de l'enfant).

Aux mères obligées de travailler, nous avons conseillé l'allaitement mixte et leur avons fourni le lait stérilisé nécessaire à l'alimentation des enfants pendant les heures de travail.

Il est enfin un troisième groupe de femmes qui se sont présentées à la Consultation, ayant déjà sevré : elles ne reçoivent aucun secours, mais elles viennent chercher, et contre remboursement, toutes les fois que la chose est possible, le lait stérilisé distribué en petits flacons renfermant la quantité de lait nécessaire suivant l'âge et le poids de l'enfant.

Quant aux enfants de parents assistés par le Bureau de bienfaisance, ils reçoivent le lait fourni par cette Administration et préparé par les soins de la Société.

Des chiffres ci-dessus il résulte que près de 60 pour 100 de nos clientes ne nourrissent pas leurs enfants à l'allaitement exclusif au sein : c'est beaucoup trop ; il y a lieu de faire mieux ; et nous avons essayé d'y parvenir au cours de notre deuxième année de fonctionnement.

En effet, à la Consultation de Moulins-Lille, la seule dont nous puissions tirer des résultats précis, 194 enfants, dont 149 nouveaux, ont été suivis régulièrement ; 104 étaient à l'allaitement maternel, soit 54 pour 100, c'est-à-dire 13 pour 100 en plus que l'année précédente, 39 à l'allaitement mixte (20 pour 100), 51 à l'allaitement artificiel (26 pour 100 au lieu de 40 pour 100) : en résumé, 74 pour 100 des enfants ont pris à leurs mères tout le lait dont elles disposaient.

Vingt enfants ont succombé, dont 10 de gastro-entérite (9 allaités artificiellement ou de façon mixte, 1 allaité par sa mère).

Ces résultats viennent s'ajouter à ceux déjà publiés et démontrent que si la Consultation de nourrissons n'est toutefois pas l'arme de choix contre la mortalité infantile, il n'est pas permis non plus de lui enlever toute valeur, surtout lorsque, dans ces Consultations bien dirigées, on arrive à augmenter le pourcentage de l'allaitement maternel.

Frappée de la simplicité du fonctionnement de ces Consultations, de leurs heureux effets, l'Administration du Bureau de bienfaisance, qui avait suivi notre évolution avec le plus vif intérêt, a été amenée à se faire cette réflexion très judicieuse, à savoir

qu'il importerait de généraliser ce mode d'assistance aux nourrissons dans tous ses dispensaires. C'était là une mesure d'extrême importance, qui mérite toute l'attention.

Dans une communication au IIe Congrès international des Gouttes de lait (Bruxelles, 1907), M. Delplanque a résumé le programme adopté par le Bureau de bienfaisance.

En voici le texte : « Quand l'enfant est né, sa mère reçoit de l'Administration une prime d'accouchement de 5 francs, qu'elle fait toucher aussitôt au dispensaire de son quartier ; nous obtenons ainsi une déclaration de naissance qui m'est aussitôt signalée par les enquêteurs ou par les sages-femmes agréées du Bureau de bienfaisance, de telle sorte qu'aucun enfant naissant dans notre clientèle indigente ne peut échapper au contrôle, ou plutôt ne pourra y être soustrait quand nos Consultations seront définitivement installées dans tous nos dispensaires.

« Notre préoccupation constante est de favoriser le plus possible l'allaitement maternel et de maintenir tout au moins l'allaitement mixte chez les enfants dont les mères travaillent hors de leur domicile ».

Les résultats devront être appréciables si l'on songe que la population indigente secourue à Lille comprend 41.263 personnes réparties en 6 dispensaires, et qu'il y a en moyenne 1.800 naissances par an.

L'expérience a déjà porté sur deux dispensaires : « Nous y distribuons le lait pour l'allaitement mixte et artificiel, et nous accordons, deux fois par semaine, des bons de viande et du bouillon aux mères nourrissant exclusivement au sein ; nous donnons, de plus, une prime d'allaitement après le neuvième mois « Nous avons eu la satisfaction de constater l'heureux résultat de ces secours en nature sur nos nouvelles accouchées ; on en a même vu abandonner l'allaitement mixte pour revenir à l'allaitement exclusif au sein.

« Dans les dispensaires de Wazemmes et de Moulins, où le personnel chargé des consultations a pu visiter à domicile les jeunes mères, dès les premiers jours de leur délivrance, nous avons vu la proportion de l'allaitement artificiel ou mixte tomber de 50 pour 100 à 30 pour 100, chiffre encore très élevé, sans doute,

mais se rapportant à des mères qui travaillent en fabrique et vis-à-vis desquelles nous ne pouvons, jusqu'à présent, que constater notre impuissance. »

Que prouve, en définitive, cette expérience sur deux dispensaires ? C'est qu'avec une dépense relativement minime (bouillon et viande deux fois par semaine), d'ailleurs récupérée par une distribution moindre de lait, on arrive à ce résultat inespéré que 70 pour 100 des mères donnent le sein, que 30 pour 100 ont recours à l'allaitement artificiel, et encore pour cause de force majeure : elles travaillent à l'usine, ou sont malades, ou ne peuvent allaiter pour quelque autre raison valable. Il n'est pas douteux que ce retour à l'allaitement maternel ne donne des résultats encourageants, car il est la première condition de la diminution de la mortalité infantile.

Que l'on ajoute à cela la surveillance médicale des nourrissons amenés à la Consultation par leurs mères, qui y recevront des conseils d'hygiène, qui s'instruiront en abandonnant leurs préjugés, et on voit que l'organisation est bien près d'être parfaite.

Ce programme est en voie d'exécution ; trois médecins ont été nommés, spécialement attachés à ce service des nourrissons, et, à bref délai, tous les enfants du premier âge, dont les parents sont assistés par le Bureau de bienfaisance, pourront profiter des services que partout a rendus et rend la Consultation de nourrissons.

Nous ne pouvons que féliciter M. Titren et ses collègues d'avoir ainsi réalisé l'assistance générale de ses « tout-petits » en assistant surtout la mère, qui est la meilleure assistante, et aussi la meilleure nourricière de l'enfant.

Pour être complet, nous mentionnerons l'existence, à Lille, d'une dernière Consultation de nourrissons, fondée par la Société d'Hygiène de l'Enfance, et qui est suivie par 20 mères environ.

L'existence, à Lille, de Consultations de nourrissons fondées par l'Assistance publique, aura une répercussion sur les œuvres privées ; celles-ci verront diminuer leur clientèle d'une quantité notable, ce qui leur permettra d'étendre leurs bienfaits à d'autres mères, non assistées, celles-là, mais bien dignes cependant d'être secourues pendant toute la période d'allaitement.

Cette nécessité de l'assistance et de la surveillance des nourrissons a été bien comprise à l'étranger, ainsi qu'en témoigne cet extrait du rapport de Dietrich : « Si, après la délivrance de la mère, les enfants, soit au sortir des asiles d'accouchement, soit au sortir des mains d'assistantes, étaient laissés dans leur famille durant les premiers mois de leur existence, sans secours médicaux et sans conseils de la part de personnes expertes, leur développement ne serait pas garanti la plupart du temps. Aussi, convient-il d'établir des institutions où la mère ou la famille de l'enfant recevront des conseils sur toutes les questions concernant la nourriture et les soins des nourrissons, et pourront, de temps en temps, présenter l'enfant au médecin. Ces institutions ont déjà été créées dans un grand nombre de villes d'Allemagne par les communes, sur le modèle des « Consultations de nourrissons » existant en France. Ces « bureaux d'assistance » constituent un moyen très important pour combattre la mortalité des nourrissons, parce qu'ils servent dans une large mesure, non seulement à l'instruction des mères, mais encore à celle des femmes enceintes, qui peuvent y demander les conseils du médecin sur leur préparation à la naissance, le moment des couches et l'allaitement, et parce qu'ils contribuent à faciliter le maintien et le développement de l'allaitement maternel. »

Cette puériculture extra-utérine a donc fait à Lille d'énormes progrès ; on est en trop bonne voie pour s'arrêter : il est urgent de remplir le programme, de compléter le cycle, c'est-à-dire de veiller autant à l'existence intra-utérine de l'enfant et même à sa naissance.



La puériculture intra-utérine est indispensable ; la preuve nous est fournie par les chiffres de la mortinatalité à Lille.

Ces chiffres sont : en 1903, 429 ; en 1904, 395 ; en 1905, 373 ; en 1906, 402. Représentent-ils l'exacte réalité ? Non. La mortinatalité se trouve ainsi réduite à sa plus simple expression, si j'ose dire, car combien d'avortements des premiers mois ne sont pas déclarés à l'état civil ! Ses facteurs sont multiples ; nous les connaissons et, par là même, pouvons être suffisamment armés pour les combattre.

Bon nombre de syphilis, d'albuminuries qui tuent le fœtus *in utero*, sont susceptibles de guérison et de survie possible du produit de conception par un traitement approprié

L'interruption prématurée de la grossesse est également évitable dans un grand nombre de cas . il peut suffire de mettre les futures mères au repos, pendant un temps plus ou moins prolongé suivant les cas, dont la durée est soumise à l'appréciation du médecin.

Les difficultés de l'accouchement peuvent être prévues, pour la plupart, lorsqu'un examen obstétrical a été pratiqué en temps opportun ; je dis la plupart et non toutes, car il y a lieu de tenir compte de la dystocie du travail, qui survient inopinément, sans symptômes précurseurs à longue échéance.

Comment lutter contre ces facteurs de mortinatalité ? D'abord par l'examen de toutes les femmes enceintes. Lorsque, dans notre clientèle privée, nous sommes demandés pour assister une future mère au moment de son accouchement, nous sommes en même temps chargés de surveiller la grossesse, nous sommes invités à pratiquer un ou plusieurs examens, tant au point de vue de l'état général qu'au point de vue obstétrical : de là des conseils spéciaux, une hygiène particulière, etc., si bien que grossesse, accouchement, suites de couches demeurent physiologiques.

Pourquoi donc ne pas faire profiter les femmes pauvres des mêmes avantages ? Certes, à Lille, elles peuvent toujours venir aux consultations des hôpitaux, mais il est facile de constater qu'elles n'y viennent qu'en très petit nombre. Il y a deux raisons qui les en empêchent. La première est l'ignorance : ces femmes ne savent pas, ne soupçonnent pas, l'utilité, la nécessité d'un tel examen. La seconde est la timidité, la répugnance, dirai-je, qu'elles éprouvent pour un examen souvent pratiqué en présence de plusieurs élèves.

Il s'agissait donc de trouver le moyen pratique de réaliser cette réforme, de faire profiter les femmes enceintes d'abord, la société ensuite, des avantages d'un examen obstétrical.

Ce moyen, nous l'avons proposé à la Commission administrative du Bureau de bienfaisance ; c'est le suivant : étant donné que toute femme qui a l'intention d'accoucher à domicile doit venir au

Dispensaire chercher un « bon d'accouchement », nous avons demandé que ce bon fût délivré, non plus par un employé, mais par un médecin, après examen préalable pratiqué au dispensaire dans un local aménagé à cet effet. Le bon d'accouchement serait délivré à toute femme enceinte, surtout à celle qui est déjà mère de famille, paraissant devoir accoucher dans les conditions normales ; il serait refusé, au contraire, à toute femme, surtout à celle qui n'a pas de famille, semblant devoir présenter quelque complication pendant l'accouchement.

Très souvent une mère de famille, qui a déjà plusieurs enfants, fuit la Maternité parce que ce séjour l'oblige à laisser ses enfants sans surveillance, quelquefois même sans soins ; c'est là un sentiment éminemment respectable. Il est des cas cependant où l'hospitalisation s'impose ; pour ceux-là la solution semble bien proche ; nous avons entendu M. le Préfet du Nord émettre ce vœu : recueillir les enfants dans un établissement spécial jusqu'à guérison de la mère.

Ainsi donc se trouve établi le moyen pratique permettant l'examen obstétrical des femmes enceintes assistées par le Bureau de bienfaisance et assuré le moyen de les faire entrer dans une Maternité lorsque leur état l'exige.

Ce sont là des mesures d'hygiène sociale au premier chef, qui ne peuvent qu'aboutir à diminuer la mortinatalité, et qui s'imposent à ceux qui assument la lourde responsabilité de l'Assistance publique.

Il y a lieu, en effet, de voir plus loin. Quiconque fréquente les services de chirurgie, de médecine, est frappé du grand nombre de femmes malades génitalement. Le plus souvent, l'origine de leur affection remonte à un accouchement antérieur ; il y a eu une légère infection, le lever a été trop précoce, etc. Pendant des mois elles occupent un lit d'hôpital, coûtent à l'Administration et ne sont plus d'aucun secours à leur famille, qu'il a bien fallu abandonner cette fois.

A côté de celles-ci, il en est beaucoup d'autres qui préfèrent se soigner à domicile, mais elles n'en sont pas moins des demi-infirmes à la charge du Bureau de bienfaisance.

La plupart, enfin, sont désormais vouées à la stérilité, soit par

suites de lésions anatomiques incurables, soit consécutivement aux opérations mutilatrices qu'a nécessitées leur état.

Nombreuses sont donc les raisons qui plaident en faveur de l'hospitalisation de certaines femmes au moment de leur accouchement : la leur conseiller, c'est faire de la bonne puériculture, dans le présent et dans l'avenir.

En résumé, une administration de Bureau de bienfaisance est merveilleusement armée pour lutter contre la mortalité infantile ; parmi ses armes, les meilleures sont d'abord l'examen obstétrical des femmes enceintes et ensuite les Consultations de nourrissons, qui, nous l'avons dit, peuvent aboutir à ce résultat inespéré que 70 pour 100 de ces mères allaitent elles-mêmes leurs enfants.

L'administration du Bureau de bienfaisance de Lille aura droit à la reconnaissance publique d'avoir compris la valeur de ces moyens et d'en avoir facilité l'emploi. Puisse-t-elle ne pas trop tarder à réaliser complètement son programme !

Dans sa communication au Congrès de Bruxelles, M. Delplanque disait que 30 pour 100 des femmes ne pouvaient nourrir, parce qu'obligées de quitter leur domicile pour aller travailler à l'usine. Pour celles-ci, ajoutait-il, nous ne pouvons rien.

Qu'il me soit permis de dire que pour elles on peut encore beaucoup : il suffit de demander aux industriels d'installer chez eux des chambres d'allaitement, des garderies d'enfants. La mère, ainsi à proximité de son enfant, pourra l'allaiter à certaines heures de la journée et ainsi, là encore, l'allaitement maternel sera possible.

Il est peu d'industriels lillois qui aient encore installé cette chambre d'allaitement ; nous sommes heureux de pouvoir signaler qu'à côté de sa filature, M. E. Crépy a organisé une véritable garderie où plusieurs enfants sont reçus chaque jour et allaités par leur mère.

Sous l'impulsion de M. Potelet, médecin-inspecteur de l'hygiène et de la santé publique du département du Nord, une deuxième filature va être pourvu d'une salle d'allaitement ; d'autres suivront bientôt. C'est ainsi que les 30 pour 100 d'allaitement artificiel vont se trouver réduits à une proportion plus minime. Voilà certes de la bonne besogne.

Pour avoir le cycle complet, que nous manque-t-il encore ? Un asile pour femmes enceintes

Cet asile est le complément indispensable de la consultation obstétricale. Que faire, en effet, des femmes qui ont besoin de repos ou même d'un traitement pendant la grossesse ? Ce serait illusoire de vouloir les traiter à domicile ; l'hospitalisation s'impose. A l'heure actuelle, nous ne pouvons les diriger sur la Clinique, qui ne possède que dix lits de femmes enceintes ; il est irrationnel de les envoyer dans des services de médecine générale, où elles seraient exposées à maintes contaminations. Un établissement spécialement destiné à recevoir ces malheureuses qui n'ont même pas de domicile, chose fréquente pour les femmes non mariées que la grossese a surprises, est une création de première nécessité.

Il est temps de mettre un terme à la terrible odyssée de ces futures mères, que, par un fâcheux préjugé, la société semble repousser ; espérons que bientôt il ne pourra plus être écrit que « l'assistance maternelle est tout entière à créer sur le territoire de la République » (Strauss), ou que « les animaux sont mieux traités que la femme enceinte abandonnée, et les femmes sauvages, ayant fait preuve de fécondité, auraient tout à perdre en recevant les bienfaits de la civilisation » (Pinard).

L'asile pour femmes enceintes s'impose donc non seulement au point de vue humanitaire, mais au point de vue de la puériculture.

S'il a l'avantage de soutenir l'état moral de la femme abandonnée, de lui faire envisager sa situation avec moins de tristesse et de désespoir, il a encore un autre effet : c'est de permettre, par le repos, à la grossesse d'aller jusqu'à terme, d'éviter ainsi la naissance de prématurés, quelquefois débiles, qui demandent de plus grands soins pour se développer et résister à toutes les causes de mort. Mettre au monde des enfants robustes, bien constitués, c'est faire des économies à l'Assistance publique, à la société tout entière.

Cet asile, que nous réclamons, semble ne devoir plus être un rêve. M. le Préfet du Nord, complètement acquis à sa cause, a pris à cœur sa prochaine installation. Il y a lieu d'espérer que bientôt la ville de Lille sera pourvue d'un « Sanatorium de grossesse » (Bonnaire).

*
* *

L'assistance à donner aux nourrissons ne doit pas se borner à des mesures pratiques . elle doit être combinée à l'instruction

L'ignorance, les préjugés relatifs à l'alimentation et à l'hygiène normales des nourrissons sont la cause première des erreurs commises et de leurs fâcheuses conséquences. Il s'agit de les combattre par l'instruction.

L'instruction des femmes doit être générale et peut se faire par la distribution d'avis, de brochures, dont le contenu expose simplement et clairement ce qu'il convient de faire, et surtout de ne pas faire.

C'est ainsi qu'au Bureau de bienfaisance de Lille sont distribués des placards sur lesquels sont résumés les conseils les plus essentiels ; afin d'en provoquer la conservation et la lecture, il est surajouté, dans un coin, un petit calendrier à éphémérides.

Toutefois, nous ne devons pas trop faire fonds sur ce mode d'instruction : pour les mères qui fréquentent les Consultations, c'est là qu'est leur centre d'instruction ; on l'a dit : la Consultation est l' « école des mères ».

Pour d'autres, il sera utile de faire des conférences publiques ; mais ces conférences doivent être surtout faites aux grandes élèves de nos écoles.

Ce mode d'instruction a été mis en vigueur l'été dernier dans notre ville. M. le Recteur de l'Académie de Lille a formé un Comité de patronage de conférences de puériculture à la tête duquel s'est trouvé M. le professeur Barrois. Ainsi a été élaboré un programme de huit conférences, qui ont été faites par des professeurs et agrégés de la Faculté de médecine devant un public nombreux, composé du personnel enseignant féminin de l'Académie et des grandes élèves du Lycée Fénelon.

Il a été véritablement remarquable de constater combien ces leçons de vulgarisation étaient suivies avec intérêt, voire même avec plaisir. Plus tard, elles porteront leurs fruits.

L'enseignement de l'hygiène de la première enfance peut donc se faire avec utilité auprès de toute la population ; mais il a acquis maintenant une importance telle que les futurs médecins doivent être complètement instruits sur ce sujet. C'est ce qu'a parfaite-

ment compris la Faculté de médecine de Lille qui a organisé un cours spécial sur cette matière, confié à mon collègue Oui, qui fait cet enseignement depuis deux ans.

Il est enfin une catégorie de personnes qui peuvent faire beaucoup en faveur de l'allaitement maternel : ce sont les sages femmes.

L'expérience démontre que bien souvent ce sont elles qui, pour des raisons futiles, font sevrer les mères.

Il est temps de réagir de ce côté ; l'hygiène de la première enfance doit donc occuper une large place dans l'enseignement qui leur est réservé.

Les leçons qu'elles suivent ne doivent pas seulement être théoriques ; la leçon pratique a une importance considérable.

M. le Recteur a eu l'heureuse inspiration de convoquer les auditrices des conférences à une séance de nos consultations de nourrissons ; pourquoi ne pas faire de même de temps en temps pour les élèves sages-femmes? C'est là seulement qu'elles pourront observer des enfants d'âge différent et entendre le médecin réglementer leurs repas ; il est bien des choses qui ne peuvent s'apprendre à l'hôpital où les mères ne séjournent que dix jours.

Enfin, nous savons tous avec quelle rapidité les sages-femmes oublient trop facilement les bons principes reçus à l'école, il y a intérêt à les entretenir dans la bonne voie et principalement dans cette vérité que l'allaitement maternel est la meilleure sauvegarde des nourrissons.

Pour les encourager à le préconiser, ne pourrait-on agir comme on le fait pour la vaccine ? Chaque année, on décernerait à celles qui ont le plus fort pourcentage d'allaitement maternel dans leur clientèle une médaille analogue à la médaille de vaccination.

C'est là un procédé peu coûteux, appelé à rendre de grands services à la cause que nous défendons.

*
* *

Comme conclusion, nous pouvons dire qu'à Lille on a déjà beaucoup travaillé pour les nourrissons, mais que rien n'a été fait pour sauvegarder l'existence intra-utérine des enfants à naître. C'est là que doivent maintenant porter tous nos efforts.

61. — **La Protection de la première enfance**. — Revue analytique et critique des moyens utilisés en France pour lutter contre la mortalité infantile. — L'Obstétrique, 1909.

Ce travail, qui comprend 64 pages et un index bibliographique complet, commence par un historique de la Protection de la première enfance en France, qui permit de constater tout ce qui a été fait dans cet ordre d'idées vers la fin du XIXe siècle et au commencement du XXe.

Suit l'énumération des diverses œuvres existant en France, avec leur but, leur fonctionnement, leurs lacunes.

Société de Charité maternelle ;

Société protectrice de l'Enfance ;

Société de l'Allaitement maternel.

La loi Roussel est longuement étudiée. On y trouvera un résumé des discussions intéressantes au sein de l'Académie de médecine, les projets de modifications à y apporter afin de combler certaines lacunes, qui empêchent cette loi de produire tous les bons effets qu'on est en droit d'en attendre, ainsi qu'en témoignent de nombreuses statistiques.

On y voit particulièrement une diminution sensible du nombre des nourrices sur lieu, une mortalité infantile réduite au minimum possible dans les départements où elle est appliquée.

Les Crèches, qui ont déjà fait l'objet d'une étude spéciale de notre part, sont à nouveau étudiées avec leurs avantages et leurs inconvénients. Elles constituent une institution à conserver « faute de mieux ».

Les Crèches industrielles, facilitant au maximum l'allaitement maternel, sont un organisme très recommandable, dont la généralisation ne peut que rendre de très grands services dans la population ouvrière.

A signaler :

Les Garderies d'enfants de l'Assistance publique ;

Le Service des enfants en dépôt ;

La Maison des sevrés de Thiais ;

L'Asile Léo Delibes ;

L'Œuvre de la Chaussée du Maine ;

L'Abri de l'Enfance ;

L'Œuvre de la Samaritaine ;

La Nourricerie Rémond, deux œuvres lyonnaises.

Les Pouponnières et les Pouponnats sont de même étudiés et passés au crible d'une critique impartiale, qui leur reconnait le droit d'existence, mais en même temps la difficulté de généralisation.

Les Consultations de nourrissons et les Gouttes de lait font l'objet d'un important chapitre, en raison du rôle considérable qu'elles jouent dans le programme de la lutte contre la mortalité infantile. Sans en cacher les défauts, je me suis efforcé d'en développer les avantages et j'ai montré combien l'Administration du Bureau de bienfaisance de Lille avait été sagement inspirée en les adoptant pour ses indigentes. J'ajouterai que depuis leur fondation les résultats ont été s'améliorant.

J'ai tenté de montrer leur utilité pour l'éducation des jeunes mères, des futures mères et j'ai terminé en émettant le vœu que les étudiants en médecine, les élèves sages-femmes surtout, suivent de temps en temps ces Consultations de nourrissons, qui sont pour tous un centre d'instruction sans analogue dans les hôpitaux et les maternités.

Les Mutualités maternelles sont un rouage indirect, mais combien puissant, de la protection de la première enfance Quelle est leur origine, comment fonctionnent-elles, quels en sont les résultats, tout est exposé dans ce paragraphe, y compris les vœux exprimés au premier Congrès des Mutualités maternelles.

Il ressort de cette étude que les Mutualités maternelles constituent l'institution pour ainsi dire idéale de la protection de l'enfance.

Suit l'énumération de nombreuses Sociétés poursuivant un but analogue à celui des Mutualités maternelles.

Les *Dispensaires d'enfants*, installés d'abord dans le but de donner des soins aux enfants malades dans leur famille, pour éviter dans la mesure du possible l'hospitalisation, ont élargi leur programme et sont devenues de véritables Consultations de nourrissons, où on donne des conseils aux mères, où on distribue du lait stérilisé quand c'est nécessaire. Ces dispensaires tentent ainsi de réaliser ce triple but ; allaitement maternel aussi fréquent

que possible, enfant toujours soigné par sa mère, surveillance médicale.

Les *Cantines maternelles* se proposent de nourrir gratuitement toute mère pauvre ayant un enfant au sein.

Les *Jardins ouvriers*, assurant un complément de ressources pour la famille, permettent aux mères de rester plus facilement chez elles et de nourrir elles-mêmes leurs enfants.

Et, de fait, là où la mère peut rester à domicile et soigner son enfant, la mortalité est faible.

La preuve en est faite par ce qui se passe au Creuzot (Communication de M. Variot à l'Académie de médecine), à Villiers-le-Duc, où M. Morel, médecin et maire, prit un arrêté aux termes duquel toute femme enceinte, mariée ou non, domiciliée dans la commune, ne possédant pas les ressources suffisantes, pourra demander l'assistance de la commune, à condition de subir un examen médical pendant sa grossesse, de se conformer à certaines prescriptions relatives à l'alimentation de l'enfant, etc.

L'*Œuvre philanthropique du bon lait*, l'*Œuvre sociale du bon lait* impliquent leur destination par leur dénomination même.

Enfin, la *Ligue contre la mortalité infantile* est une société d'études, de propagande et d'action, destinée à provoquer la création et à favoriser le développement des œuvres d'initiative privée sur tous les points du territoire.

Conclusion. — De notre exposé, il résulte qu'en France il a été déjà beaucoup fait en faveur du nouveau-né et du nourrisson.

La bienfaisance privée compte à son actif un grand nombre d'œuvres. Si toutes ne répondent pas absolument à l'idéal poursuivi par les puériculteurs, si quelques-unes même ne sont qu'indirectement un instrument de puériculture, il n'en est pas moins vrai que leur but est toujours inspiré par les meilleures intentions et qu'on ne peut qu'applaudir cette généreuse initiative privée, qui se révèle à chaque instant sur tout le territoire français.

En prévision d'œuvres futures, du perfectionnement de celles qui existent déjà, quel est le programme à suivre ? Il doit s'inspirer du principe de Th. Roussel : « Tout ce qui éloigne l'enfant de sa mère le met en état de souffrance et en danger de mort. »

Toute œuvre de puériculture doit donc viser :

1° A ne pas séparer l'enfant de sa mère ;

2° A faciliter et à encourager l'allaitement maternel ;

3° A surveiller médicalement l'élevage de l'enfant.

Les Consultations de nourrissons ont fait leurs preuves ; elles constituent une conception rationnelle de la protection de la première enfance Devant souvent fonctionner isolément, elles devront compléter d'autres institutions auxquelles elles s'adaptent parfaitement.

Les Garderies d'enfants annexées aux usines ne peuvent que rendre de très grands services moraux et sociaux. Il faut en souhaiter la diffusion dans tous les pays industriels.

La Mutualité maternelle, telle qu'elle est comprise actuellement, semble devoir répondre le mieux au but recherché. Elle a institué le repos obligatoire de quatre semaines après les couches, avec indemnité et primes d'allaitement. Pour instruire les mères, secourues au moment de l'accouchement, elle a ses inspectrices ; elle a ensuite les Consultations de nourrissons, où le médecin donne les conseils nécessaires.

Elle constituera une œuvre parfaite le jour où elle pourra assurer le repos de la future mére pendant les dernières semaines de la grossesse.

La loi Roussel, rigoureusement appliquée, quelque peu modifiée, empêche la séparation trop précoce de la mère et de l'enfant, qu'elle fait ensuite surveiller par des médecins ; elle devrait être un instrument beaucoup plus efficace qu'elle ne l'est réellement, mais dont on retire déjà des avantages indiscutables.

62. — **De l'allaitement dans ses rapports avec la syphilis.** — Revue professionnelle des sages-femmes, Novembre 1909.

Il s'agit là d'une question extrêmement importante, qui doit être aussi familière aux sages-femmes qu'aux médecins : voilà pourquoi je n'ai pas hésité à entrer dans quelques détails et à faire de ce sujet l'objet de cette leçon.

Retenez d'abord ces deux faits : 1° Un enfant syphilitique peut contaminer une nourrice saine ; 2° Une nourrice syphilitique peut

donner son mal à un enfant sain qu'elle allaite. C'est vous dire que la prophylaxie des nourrices et des nourrissons repose sur le diagnostic de la syphilis, diagnostic, je me hâte de le dire, qui sera parfois certain, d'autres fois probable, mais suffisant pour dicter la ligne de conduite.

La syphilis héréditaire, d'origine paternelle seule, ou d'origine maternelle seule, ou d'origine mixte, se traduit par des manifestations très variées, très différentes au point de vue qui nous occupe.

Tantôt il s'agit de syphilis en nature, d'accidents éminemment contagieux ; tantôt il s'agit, suivant l'expression de Fournier, d'hérédité parasyphilitique, caractérisée par des stigmates particuliers, dangereux pour l'enfant seul, mais non susceptibles d'être transmis.

Les manifestations précoces de la syphilis héréditaire, à caractère contagieux, peuvent exister dès la naissance, mais elles peuvent également n'apparaître que quelques semaines, quelques mois (3 à 4 mois) plus tard.

La lésion la plus fréquemment observée au moment de la naissance est le *pemphigus syphilitique*, consistant en une éruption de bulles remplies d'un liquide soit purulent d'emblée, soit d'abord séreux, puis purulent et ayant son siège de prédilection à la paume des mains et à la plante des pieds.

Un peu plus tard, se montrent des *lésions cutanées* et *muqueuses*. A la peau, dans les régions habituellement sèches, c'est une *papule*, petite élevure d'un rose très vif et très franc à son début, devenant violacée plus tard.

Dans les régions humides (les plis génito-cruraux, les organes génitaux, surtout chez les filles, au pourtour de l'anus), sur les muqueuses, la papule tend à s'ulcérer ; on la rencontre de préférence aux amygdales, au voile du palais, à la bouche, aux fosses nasales. C'est que le développement de la plaque muqueuse est favorisé par les conditions suivantes : humidité, frottement, finesse de la peau continuellement humectée par des liquides divers : lait, salive, larmes, fluide nasal, urines, etc.

Les plaques muqueuses doivent donc être recherchées surtout aux deux extrémités du tube digestif, à la bouche et à l'anus. Ce sont les plaques muqueuses de la bouche qui infectent une nourrice saine.

En ces mêmes régions, vous observerez parfois des *fissures*, stries rayonnantes à fond d'un rouge vif, saignant, à bord frangés.

Très fréquemment vous constaterez l'existence du *coryza chronique*, bilatéral, apyrétique, débutant vers la deuxième ou la troisième semaine par de l'enchifrènement, de la difficulté de la respiration, se caractérisant par l'écoulement de mucus séro-sanguinolent ou purulent, et l'expulsion de croûtes verdâtres, fétides. Ce coryza est grave par lui-même ; l'écoulement détermine des ulcérations, qui peuvent être le point de départ d'une nouvelle infection ; il compromet surtout la respiration, empêche l'enfant de téter, peut infecter le tube digestif par déglutition du pus.

Tels sont les principaux symptômes qui permettent de poser le diagnostic de syphilis héréditaire. Il en est d'autres plus rares dont la connaissance importe beaucoup pour le médecin, mais que je passe sous silence pour vous.

En l'absence de ces différentes lésions, existe-t-il des signes vous permettant de soupçonner fortement la syphilis ?

Vous attacherez une grande importance aux avortements répétés, de plus en plus tardifs, à l'expulsion des fœtus macérés à une époque de plus en plus voisine du terme, à l'hydramnios.

Si vous avez assisté à l'accouchement, vous aurez pu remarquer quelques particularités intéressantes du côté du placenta. Il est volumineux ; les cotylédons sont séparés par des sillons profonds ; la face utérine présente un aspect blanchâtre, anémié ; elle est friable, ressemble à du « hâchis de porc » (Pinard).

On a tracé du syphilitique héréditaire le tableau suivant : il a l'aspect d'un petit vieillard à moitié cuit ; il a une teinte sale, bistrée ; sa peau est ridée et semble trop grande ; les yeux sont excavés, les saillies osseuses proéminentes, les membres amaigris, le tout constituant le marasme vénérien, la cachexie syphilitique.

Retenez ce tableau, mais sachez qu'il n'est nullement caractéristique et qu'il peut n'apparaître que quelques jours après la naissance ; en somme, rien à première vue, même le faible poids de l'enfant, ne permet de porter un diagnostic immédiat.

Mais suivez cet enfant avec la balance et vous constaterez chez lui une déperdition de poids initiale supérieure à la normale, 300-350 grammes et plus. Chose curieuse, cette déperdition per-

siste, à un degré moindre toutefois, malgré une alimentation appropriée et l'absence de troubles digestifs. Cette courbe régulièrement descendante doit éveiller l'attention ; elle constitue un indice sérieux, à telle enseigne que si on institue le traitement spécifique on voit la courbe remonter

A l'enfant qui se présente à vous dans les conditions ci-dessus vous refuserez impitoyablement une nourrice, vous insisterez pour qu'il soit allaité par sa mère

Ce conseil repose sur les considérations suivantes :

1° Il contaminerait sûrement sa nourrice ;

2° L'allaitement maternel est le meilleur ;

3° La mère n'encourt pas de la part de son enfant les dangers auxquels la nourrice est exposée, et cela en vertu de la loi de Colle-Baumès : une mère ayant conçu un enfant syphilitique d'un père syphilitique, ne reçoit jamais la syphilis de cet enfant au-delà de sa naissance, malgré l'existence des accidents les plus contagieux.

Si, pour une raison ou pour une autre, l'allaitement maternel est impossible, deux procédés vous restent : l'allaitement animal direct, trop difficile pour être pratique, l'allaitement artificiel bien dirigé, aidé du traitement spécifique.

Voici maintenant un enfant sain en apparence, mais issu de parents manifestement syphilitiques. Que faire ? Il faut renoncer à la nourrice et faire allaiter l'enfant par sa mère, car une mère syphilitique n'infecte jamais son enfant sain en apparence. (Loi de Proféta).

On a parlé d'exceptions à cette règle, et on a pu craindre la contamination possible de l'enfant, soit au moment même de la naissance (inoculation « au passage »), soit après (par l'allaitement) lorsque la mère n'a contracté la syphilis que tardivement, après le septième mois de la grossesse. La clinique démontre l'inanité de ces craintes et la loi de Proféta reste pratiquement exacte, qui dit que : « Un enfant reconnu sain, né d'une femme syphilitique, ne court aucun danger d'infection ni par l'allaitement, ni par les baisers de sa mère, tant que son organisme n'a pas été renouvelé par la croissance. » Et cela, parce qu'une syphilis jeune éclose chez une femme enceinte au voisinage du terme, si elle n'est pas

intégralement transmise au fœtus, est du moins l'occasion de l'apparition chez celui-ci d'un état réfractaire momentané.

Est-ce à dire que toujours vous devez refuser une nourrice à l'enfant d'un père syphilitique ? Nullement ; et je dois vous faire connaître dans quelles conditions il convient de l'accorder et de la refuser. Il s'agit là d'une décision extrêment grave.

Si, avec votre assentiment, une nourrice est donnée à l'enfant et si elle est contaminée, elle va réclamer aux parents une indemnité pécuniaire élevée ; elle pourra même s'adresser aux tribunaux, en cas de contestation. La famille se retournera contre vous, vous dira que c'est par votre faute qu'il y a dommage fait à la nourrice, que c'est à vous de payer.

Si, d'autre part, de parti pris, vous refusez une nourrice à un enfant, issu d'un père syphilitique, que sa mère ne peut allaiter, vous causez presque certainement un dommage à cet enfant, atteint d'infériorité native, pour lequel le lait de femme est la meilleure sauvegarde.

Votre décision ne doit donc pas être un effet de hasard ; elle reposera sur des considérations, très difficiles à apprécier, je le veux bien, mais que vous devez connaître.

Il est, d'après M. Fournier, des conditions de cinq ordres qui permettent de croire que, sur un père syphilitique, l'infection est assez atténuée pour ne plus être dangereuse ultérieurement.

1° Absence d'accidents syphilitiques actuels ;

2 Age de la syphilis paternelle, condition capitale, car le temps constitue le correctif par excellence de l'influence hérédo-paternelle sur le fœtus.

3 Qualité de la syphilis paternelle, a-t-elle été bénigne ou grave ?

4 Quel laps de temps s'est écoulé entre la dernière manifestation spécifique survenue chez le père et l'époque où s'est faite la conception ? Il est d'observation :

a) Qu'un enfant conçu à une époque contemporaine ou voisine d'une poussée syphilitique est un enfant gravement menacé au point de vue héréditaire ;

b) Tandis qu'un enfant conçu loin de l'époque où la syphilis s'est traduite par sa manifestation dernière a toutes chances pour échapper à l'hérédité spécifique ;

5° Traitement auquel le père a été soumis, condition majeure, décisive en l'espèce.

Donc, le père s'est-il traité ? Comment ? Combien de temps ? S'est-il traité peu de temps avant la conception ?

Tous les éléments de l'enquête étant réunis, pesés, vous formulerez une réponse en harmonie avec votre conviction.

Afin de faciliter les choses, M. Fournier distingue 3 groupes de cas :

1° Le père est sain actuellement : il a eu la syphilis il y a 10 ans ; elle a été bénigne ; elle est restée muette depuis 8 ou 9 ans ; elle a été traitée longuement et méthodiquement. Dans ces conditions, l'enfant est sain, il n'est pas dangereux pour sa nourrice ;

2° Le père a une syphilis récente (2 à 3 ans); il a eu des accidents sérieux ; il ne s'est traité qu'imparfaitement. L'enfant a beaucoup de chances d'être contaminé : il faut interdire l'allaitement par une nourrice. C'est là un devoir professionnel ; y manquer est se rendre coupable d'une mauvaise action, dont on est responsable devant sa conscience et devant les tribunaux.

3° Ce groupe comprend les cas moyens, parce que tout y est moyen à la fois, comme dangers et comme garanties. L'avenir de l'enfant est incertain ; dans le doute, il n'est pas permis de faire courir à une femme le risque, si éventuel soit-il, de contracter la syphilis.

Dans des cas douteux, où il semble y avoir plus de chances cependant *pour* l'immunité de l'enfant que *contre*, on a conseillé l'*allaitement surveillé*, c'est-à-dire l'allaitement de l'enfant suspect par une nourrice, mais avec une surveillance attentive de l'enfant et suspension immédiate de l'allaitement dès l'apparition du moindre symptôme d'ordre spécifique. Je ne vous recommande pas ce procédé, parce qu'il est dangereux, toute faute dans l'examen difficile de la bouche d'un enfant pouvant être fatale pour la nourrice.

Il peut arriver que le père vous tienne le raisonnement suivant : « Je veux procéder loyalement, avertir la nourrice de la véritable situation, la payer en conséquence, l'indemniser largement si, par malheur, elle est contaminée. Si la nourrice ainsi prévenue accepte en connaissance de cause, nous n'avons rien à nous reprocher ».

Semblable contrat, qui a pour lui les meilleures apparences, est un pacte immoral, de valeur nulle devant les tribunaux. Un contrat n'est moral et honnête qu'autant que chacune des parties sait au juste ce à quoi elle s'engage et quelles peuvent être les conséquences de l'engagement souscrit. Ce n'est pas le cas ici, la nourrice étant incapable d'apprécier les risques auxquels elle s'expose. Donc, ne participez jamais à de semblables transactions; au besoin, retirez-vous.

De même qu'il ne faut pas exposer une nourrice à la contamination, de même il s'agit de préserver un enfant sain d'une nourrice syphilitique.

Comment en faire le diagnostic? A-t-elle eu d'autres grossesses? Comment se sont-elles terminées? Avortements répétés, accouchements prématurés, fœtus morts, macérés, etc. ?

A-t-elle des signes extérieurs de syphilis ? Plaques muqueuses, manifestations cutanées, syphilide pigmentaire du cou, ganglions cervicaux, épithrochléens, etc. ?

Quel est l'état de santé de son enfant ? Il devra être âgé au moins de trois mois, car la syphilis héréditaire précoce peut, nous l'avons dit, tarder jusqu'au quatrième mois avant de se manifester.

Plus dangereuse que la nourrice manifestement syphilitique, facile à éliminer, est la nourrice en *état d'incubation de syphilis*, parfaitement saine à l'examen, ultra-dangereuse plus tard.

Peut et doit être considérée en cet état la *nourrice dite de retour*, c'est-à-dire celle qui, après avoir allaité et quitté un enfant de santé inconnue, vient demander à nouveau une place Cette nourrice peut avoir allaité un enfant syphilitique ; elle est en état d'incubation de syphilis, parce que la syphilis, qu'elle a pu contracter du fait de son nourrisson, met plusieurs semaines à se manifester par des signes visibles, à savoir le chancre syphilitique mammaire.

La syphilis peut se manifester au cours de l'allaitement commencé, soit chez la nourrice, soit chez l'enfant Que faire ? L'un des deux paraissant seul atteint, il faut supprimer l'allaitement au sein, empêcher la nourrice de se replacer, en raison de la possibilité de son état d'incubation de syphilis ; on ne donnera pas à l'enfant une deuxième nourrice.

C'est dans la crainte d'une contamination possible qu'une nourrice ne doit jamais donner le sein, ne fût-ce qu'une seule fois, à un enfant qu'elle ne connaît pas.

Vous devez savoir enfin que l'allaitement artificiel peut être une source d'infection syphilitique pour le nourrisson, une tétine de biberon ayant été contaminée, soit par un autre enfant syphilitique qui l'a sucée, soit par une personne syphilitique qui a amorcé le biberon, qui a voulu goûter le lait.

Il n'est pas jusqu'au pis d'un animal sucé par un enfant syphilitique qui ne puisse transmettre la maladie à un nourrisson sain qui téterait cet animal et s'inoculerait ainsi avec le virus déposé par l'enfant malade.

Les conclusions sont faciles à tirer de ces faits : on ne saurait s'entourer de trop de précautions en cas d'allaitement par une nourrice mercenaire au point de vue de la syphilis Il y aurait avantage à voir en France une loi analogue à la loi autrichienne, ainsi formulée : « Tout enfant, quel qu'il soit, non élevé par sa mère, sera surveillé pendant trois mois après sa naissance avant d'être confié à une nourrice ». Voilà pour la nourrice.

Pour la préservation des nourrissons, il n'y a qu'à observer la loi Roussel ; si à sept mois l'enfant d'une nourrice n'a rien présenté de suspect, il y a bien peu à craindre.

PUÉRICULTURE & HYGIÈNE INFANTILE

CONFÉRENCES

faites pour l'enseignement des jeunes filles

sous la présidence de

MM. Georges Lyon et Th. Barrois

1908. — Conférences sur :

63. — **1° L'allaitement mixte et le sevrage ;**

64. — **2° L'hygiène générale du nouveau-né**

1909 :

65. — **1° Le lait.**

---

66. — **Le IIe Congrès des Mutualités maternelles.** — La Presse médicale, 1911.

67. — **Les Jardins ouvriers à Lille.** — La Presse médicale, 1907.

THÈSES INSPIRÉES

renfermant les principaux faits cliniques recueillis à la Clinique Obstétricale de Lille

---

CARETTE. — Contribution à l'étude de l'accouchement prématuré artificiel. — Lille, 1892.

BEULQUE. — Quelques faits cliniques pour servir à l'étude de l'hystérie, de l'épilepsie et de la chorée, pendant la grossesse et pendant le travail. — Lille, 1893.

MONIER. — De la conduite à tenir dans l'accouchement par le siège. — Lille, 1894.

ROBILLIARD. — Essai sur l'application du forceps au détroit supérieur. — Lille, 1894.

DHAINE. — Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus gravide. Lille, 1894.

DEROUBAIX. — Grossesse et Pneumonie. — Lille, 1894.

LECOMTE. — Paralysies obstétricales des membres supérieurs chez le nouveau-né. — Lille, 1895.

THIBAUT. — Essai sur l'effacement du col. — Lille, 1895.

BELBREIL. — Des relations qui existent entre la scarlatine de l'enfance et les grossesses ultérieures. — Lille, 1895.

GUGELOT. — Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale. — Lille, 1896.

BOUTRY. — De la mort apparente du nouveau-né. — Lille, 1896.

HORNEZ. — De la vessie dans l'état puerpéral. — Lille, 1897.

LADEN. — Contribution à l'étude de la symphyséotomie. — Lille, 1897.

Moraux. — De la disjonction de la symphyse pubienne dans l'accouchement. — Lille 1897.

Bruneau. — Du placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus. — Lille, 1897.

Blanchard. — Contribution à l'étude de la symptomatologie et du traitement de la môle hydatiforme. — Lille, 1897.

Théret. — Etude sur la rétention des membranes dans la délivrance à terme. — Lille, 1898.

Dupuis. — Documents pour servir à l'étude de la dystocie de l'anneau de Bandl. — Lille, 1899.

Théret J. — Contribution à l'étude de l'accouchement spontané

Dupré-Lefebvre. — Considérations cliniques sur la grossesse et l'accouchement chez les cyphotiques, d'après les observations de la Clinique obstétricale de Lille, de 1886 à 1899. — Lille, 1900.

Defouilloy. — Etude clinique de la putréfaction intra-utérine et de la physométrie. — Lille, 1900.

Bouvier. — Septicémie puerpérale et abcès artificiels. — Lille, 1900.

Kovatcheff.— Dystocie fœtale par rétention d'urine.— Lille, 1901.

Leblanc. — Contribution à l'étude de la puériculture intra-utérine. — Lille, 1911.

Lille. -- Imprimerie WILMOT-COURTECUISSE